Nr. 49. 3. grudnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr. TADEUSZ PAWLAS, I. asyst. klin. Kraków.

Śródmiąższowe wstrzykiwania olejku terpentynowego, jako środek leczniczy w chorobach skórnych i wenerycznych.

(Z Kliniki chorób skórnych i wenerycznych U. J. Dyrektor Prof. Dr. J. Lenartowicz).

Niedostatek środków leczniczych, jaki odczuwamy w lecznictwie chorób skórnych i wenerycznych, każe nam ustawicznie szukać nowych dróg i sposobów walki z temi chorobami. Prowadzi to do tego, że każdy nowy kierunek, każdy nowy środek leczniczy, jaki się w tej dziedzinie ukaże, witamy chętnie i staramy się w jak najszerszym zakresie wyzyskać i uprzystępnić.

W ostatnich kilku latach arsenał naszych środków walki z chorym ustrojem zwiększa się w tempie bardzo szybkiem. Dzieje się to głównie od czasu wprowadzenia w lecznictwo chorób skórnych i wenerycznych stosowania w bardzo szerokim zakresie podawania pozajelitowo ciał białkowych i rozmaitych ciał chemicznych, wywołujących następowo działanie drażniące ustroju i podniecające go do walki z czynnikami chorobotwórczemi. (*Proteino eventuell Reizkörpertherapie*).

Środków takich, wywierających „działanie drażniące na ustrój, a mających już niejednokrotnie ustaloną sławę leczniczą, jest bardzo pokaźna ilość. Należą tu z pośród ciał białkowych: mleko i jego przetwory fabryczne: ophtalmosan, aolan, xifal, kaseosan (5% roztwór sernika), wyrabiany przez polską fabrykę Klawego: „Lactosteril“ i produkty rozpadu ciał białkowych: pepton, albumoza, deuteroalbumoza itd. Z ciał niebiałkowych lub zawierających nieznaczne ilości białka: kollargol, elektrargol, dispargen, sanartrit, yatren, yatrenkasein, niektóre węglowodany, jak zgęszczone roztwory cukru gronowego i trzcinowego i wprowadzona przez Tempkę[1]) galaktoza, błękit metylenowy, rozczyny soli kuchennej, nawet woda destylowana, wreszcie terpentyna w jej najrozmaitszych odmianach i tran rybi. Podobne działanie wywierają zastrzykiwania śródmiąższowe, czy podskórne, surowicy krwi i samej krwi własnej i obcej, — wreszcie leczenie światłem i energją elektryczną.

Wszystkie te środki oddają nam znakomite usługi w tych przypadkach, w których miejscowemi zabiegami leczniczemi nie możemy uzyskać pomyślnych wyników, gdzie też dotychczas niejednokrotnie staliśmy wobec chorego bezradni i bezsilni. W przypadkach tych staramy się obecnie przez podawanie pozatrzewiowe ciał wyżej wymienionych wywołać podrażnienie ustroju i podniesienie jego czynności żywotnych i ochronnych i przez to pobudzić go do energicznego, a bardzo często skutecznego współdziałania.

Jednym z najenergiczniej „działających środków w tym kierunku, a przytem bardzo wygodnym w użyciu i dawkowaniu, jest olejek terpentynowy, wprowadzony do lecznictwa przez Klingmüllera ([2]) w roku 1917. Działanie wprowadzonego do ustroju pozajelitowo olejku terpentynowego w odpowiednich dawkach i odstępach czasu oddaje nam, o czem poniżej będzie mowa, znakomite usługi w lecznictwie chorób skórnych i wenerycznych, szczególniej we wszystkich sprawach, gdzie mamy do czynienia ze sprawami ropnemi i zapalnemi.

Zastrzykiwania podskórne terpentyny znane były w lecznictwie już dawniej, w końcu XVIII i w początkach XIX wieku. Wywoływały one ograniczone miejscowe ropienia, które miały „odprowadzać“ chorobę.

W roku 1891 stosował podskórne wstrzykiwania olejku terpentynowego francuski autor Fochier ([3 i 4]) w stanach posoczniczo-ropnych np. w gorączce połogowej. Wychodził on z założenia, że ropień wywołany następowo w miejscu wstrzyknięcia odciąga ciała szkodliwe i przez to częściowo hamuje i osłabia ogólne zakażenie i działanie jego na ustrój. Wyniki miał Fochier dobre. Zwracał uwagę na to, że w złych przypadkach pod względem rokowania ropnie wogóle się nie tworzyły. Sposób podany przez Fochiera przyjął się wówczas w lecznictwie spraw posoczniczo-ropnych, a stosowany przez szereg autorów, głównie francuskich, z wynikami przeważnie dobremi, utrzymał się do ostatnich lat. Sahli (1919)[5] i Hodel (1919)[6] stosują go przy grypie i grypowem zapaleniu płuc.

Skutkami zastrzykiwań podskórnych olejku terpentynowego u zwierząt, potem u ludzi, zajmowali się doświadczalnie Bauer[7] i Winternitz[8]. Pierwszy z nich wykazał, że u królików w pół godziny po zastrzyknięciu podskórnem wysokiej dawki olejku terpentynowego (0.2 na 1 kg wagi zwierzęcia) występowało znaczne, bo 2 do 3-krotne, zwiększenie się ilości ciałek białych we krwi. Leukocytoza taka trwała 10—24 godzin. Po tej bezpośredniej leukocytozie występowało, według doświadczeń Bauera, w tych przypadkach, gdzie olejek terpentynowy wywoływał miejscowy stan zapalny, po chwilowym powrocie do normy, ponownie znaczne (3-krotne) powiększenie ilości ciałek białych. Mimo wysokiej dawki nigdy zwierzę nie ginęło, ani też nie okazywało objawów zatrucia.

Według Winternitza, który przeprowadzał podobne badania na psach, małe ilości terpentyny (0.25—0.5 cm^3) wywoływały silnie wzmożoną leukocytozę. Natomiast większe dawki (2—3 cm^3) powodowały znaczne i długotrwałe zmniejszenie się ilości ciałek białych.

Przeprowadzone przez Bauera ([9]) badania krwi ludzi chorych na różę, dur itp po wywołaniu przez terpentynę ropni podskórnych, nie wykazały tak wybitnej leukocytozy, jak to było u zwierząt.

W r. 1917 ogłosił Klingmüller wyniki zastosowanych przez niego po raz pierwszy wstrzykiwań śródmiąższowych olejku terpentynowego w sprawach ropnych i zapalnych. Po początkowych próbach zastrzykiwań olejku krotonowego (0.01, potem 0.001 gr), gdzie wyniki lecznicze były dobre, ale występywało zniszczenie tkanki w miejscu wstrzyknięcia, przeszedł Klingmüller do wstrzykiwań śródmiąższowych 20—40% olejku terpentynowego w oliwie, olejku migdałowym lub słonecznikowym. Wstrzykiwał 0.1 ewentualnie 0.15 lub 0.2 gr w odstępach 3—5 dniowych w linji pachowej tylnej, dwa palce poniżej grzebienia kości biodrowej, głęboko, aż na kość miednicy. Wyniki lecznicze miał doskonałe, szczególnie przy powikłaniach wiewiórowych, zapaleniu pęcherza, ropnem zapaleniu miedniczek nerkowych, wyprysku ostrym i przewlekłym, wreszcie w najrozmaitszych chorobach skórnych, wywołanych przez gronkowce i łańcuszkowce. W drugiej swej pracy, ogłoszonej w r. 1918 na podstawie całego szeregu dalszych przypadków leczonych terpentyną, wyraża się Klingmüller o jej działaniu bardzo optymistycznie. Prócz spraw chorobowych, o których wyżej była mowa, miał on dobre wyniki w chorobach grzybkowych skóry i włosów, w gruźlicy rozpływnej skóry (*scrophuloderma*), w liszaju pokrzywkowym (*strophulus infantum*), w wysypce posalwarsanowej, wreszcie w ostrych zapaleniach skóry. Dawki daje nieco mniejsze, niż dawniej, zaczynając od 0.05 olejku terpentynowego, tj. $^1/_4$ cm^3 20% roztworu terpentyny w oliwie. O sposobie działania wprowadzonej pozatrzewiowo do ustroju terpentyny nie może Klingmüller powiedzieć nic stanowczego. Stawia on 4 hypotezy. 1) Terpentyna lub jej połączenia oksydacyjne mogą działać czysto chemicznie, unieszkodliwiając np. w sprawach grzybkowych wydzielane przez nie ciała trujące. 2) Terpentyna odciąga z ogniska chorobowego te czynniki, które dotychczas przyciągały grzybki czy

bakterje w miejsce swego obrębu działania i, wzmagając przez to swą siłę żywotną, potęgowały swe działanie szkodliwe na otaczającą tkankę. Terpentyna, działając z większą od nich siłą przyciągającą nie dopuszcza do tego. W ten sposób ustrój daje sobie łatwiej radę z chwilowo mniej żywotnemi grzybkami, czy bakterjami, i zwalcza je skuteczniej stojącemi mu zawsze do dyspozycji środkami ochronnemi. 3) Terpentyna wywiera działanie podobne do szczepionek swoistych. Przemawiałoby za tem to, że ustrój po zastrzyknięciu terpentyny jest pobudzony do tworzenia przeciwciał bakteryj chorobowych, czy też rodzaju opsonin. Możliwe jest też, według Klingmüllera, następujące tłómaczenie: 4) Terpentyna wywiera działanie wywołujące zapalenie. Jeżeli się tego rodzaju ciało dostanie do krążenia, ustrój odpowiada wytwarzaniem przeciwciał. Tworzą się przeciwciała zapalenia, które powinny działać przeciw najrozmaitszym stanom zapalnym i ropieniom.

Wyniki lecznicze podane przez Klingmüllera zachęciły cały szereg autorów do podjęcia prób leczniczych w podanym przez niego kierunku. Doświadczenia kliniczne przedsiębrano nie tylko w zakresie chorób skórnych i wenerycznych, ale również w schorzeniach chirurgicznych, wewnętrznych, w chorobach kobiecych, zakaźnych itd. Wyniki uzyskane i ogłaszane w przeważnej części przez autorów niemieckich były najrozmaitsze, przeważnie jednakże bardzo zachęcające do prób dalszych i do wprowadzenia środka tego na stałe w lecznictwo. Do gorących zwolenników leczenia terpentyną należą: Karo [11], [15], F. M. Meyer [16], Appel [17], Bröleman [18], Sellei [19], [20], Grabisch [21], Fischl [22], Holzhäuser i Werner [23], F. X. Müller [24], Löwenfeld i Pulay [25], Becher [26], Michael [27], Brenning i Hautsch [28], Schedler [29] i wielu innych. C. A. Hoffmann [30], Pürckhauer [31], Lilienstein [32], H. E. Schmidt [33], Ruete [34] mieli gorsze wyniki. Bardzo dobre wyniki leczenia terpentyną powikłań wiewiórowych u kobiet, spraw zapalnych macicy i przydatków podają: Zoepritz [35], Bauereisen [36] i Wederhaken [37]. Ostatni ogłasza znakomite wprost wyniki wstrzykiwań terpentynowych w bardzo ciężkich, prawie beznadziejnych przypadkach gorączki połogowej. Natomiast Hellendal [38] na podstawie jednego swego przypadku, radzi usunąć terpentynę z lecznictwa. Schubert [39], stosując terpentynę w schorzeniach chirurgicznych, nie widział dobrych wyników.

Z francuskich dermatologów M. Pacou [40] zaleca stosowanie śródmiąższowych wstrzyknięć olejku terpentynowego w powikłaniach tryprowych (zapalenie pęcherza i gruczołu krokowego), w dymienicach pachwinowych i w schorzeniach skóry, wywołanych przez gronkowce.

W polskiem piśmiennictwie lekarskiem nie spotkałem się dotychczas nigdzie ze wzmianką o stosowaniu leczenia terpentyną.

W klinice dermatologicznej Uniw. Jagiell. rozpocząłem próby wstrzykiwania olejku terpentynowego z początkiem r. 1920, zachęcony do tego przez ówczesnego dyrektora kliniki prof. Krzyształowicza. Pierwsze wstrzykiwania zastosowaliśmy w przypadkach ostrego zapalenia najądrza. Wyniki były tak dobre, sprawy chorobowe ustępowały tak szybko, że zachęceni tem rozszerzyliśmy zakres podawania olejku terpentynowego na cały szereg innych przypadków powikłań tryprowych, a z biegiem czasu i na sprawy zapalne skóry. Wyniki wszędzie były zadawalniające, a nieraz świetne, tak, że do dalszych prób w tym kierunku nie zniechęciły nas nawet te przypadki, w których bolesność w miejscu wstrzyknięcia była bardzo silna i długo trwająca. Zdarzało się nam to często przy pierwszych próbach. Wstrzykiwaliśmy wówczas olejek terpentynowy nie w punkcie podanym przez Klingmüllera, lecz śródmiąższowo, w sposób praktykowany przy wstrzykiwaniach przetworów rtęciowych. Okazało się, że sposób ten jest nieodpowiedni. Bóle około miejsca wstrzyknięcia, promieniowanie ich na całą nogę, silny niejednokrotnie obrzęk pośladka, a więc równoczesna konieczność zachowania przez chorego jak największego spokoju, często przymusowe leżenie w łóżku — wszystko to nie zachęcało zbytnio do stosowania tego sposobu wstrzykiwań. Zmuszało to chorych do odsunięcia się na kilka, czy kilkanaście dni od wykonywania zajęć, co nieraz, ze względu na mało znaczące powody, dla których przeprowadzano leczenie, było zbyt ujemną stroną praktyczności tego sposobu leczenia. Przeszliśmy więc rychło na wstrzykiwania terpentyny w punkcie podanym przez Klingmüllera (linia pachowa tylna, dwa palce poniżej grzebienia kości biodrowej, głęboko dochodząc końcem igły do kości talerza biodrowego. Wstrzykiwaliśmy najpierw kroplę i pytaliśmy chorego, czy odczuwa ból. W razie twierdzącej odpowiedzi, zmienialiśmy miejsce wstrzyknięcia nieco na prawo, czy lewo, ewentualnie wstrzykiwaliśmy w drugi pośladek. To samo robiliśmy w razie pojawienia się krwi w igle po odjęciu strzykawki. O ile nie było krwi, ani bolesności, wstrzykiwaliśmy terpentynę spokojnie, ale bardzo wolno, ponieważ przekonaliśmy się, że szybkość wstrzykiwania ma tu również pewne znaczenie. To samo, co spostrzegaliśmy dawniej przy wstrzyknięciach śródmiąższowych mleka, stwierdziliśmy i tutaj. Im wolniej wykonuje się wstrzyknięcie, tem mniejszy ból następowy. Bolesność wstrzyknięcia zależy również od rodzaju terpentyny.

W miarę nabywania doświadczenia w tym kierunku przekonaliśmy się, że dobroć i czystość przetworu wstrzykiwanego odgrywa tu bardzo dużą rolę. Wskazuje na to zresztą cały szereg innych autorów np. Karo ([12]), Becher ([26]) itd. Obecnie nie ma już przeszkód i trudności w nabyciu pewnego i dobrego przetworu. Wobec stosowania terpentyny w lecznictwie w zakresie coraz większym, pojawiły się w handlu aptecznym gotowe wyjałowione przetwory olejku terpentynowego, zawierające w fiolkach szklanych 1 cm^3 20% terpentyny w olejku migdałowym z dodatkiem jakiegoś środka znieczulającego. W próbach naszych w ciągu ostatnich sześciu miesięcy stosowaliśmy tylko gotowe przetwory, a to: terpichinę i terpilan wyrabiany na życzenie prof. Lenartowicza przez fabrykę Heislera, (krajowe firmy, do których zwracaliśmy się z propozycją wytwarzania tego przetworu, nie chciały się tem zająć). Różnica skuteczności i znoszenia obu tych przetworów jest bardzo znaczna. Terpilan powoduje dosyć często podniesienia ciepłoty, nieraz i dreszcze, pozatem bóle miejscowe mniej lub więcej silne, zależne od indywidualności chorego. Terpichina wstrzykiwana nie tylko na okostną, ale nawet i śródmiąższowo żadnych z tych objawów ubocznych nie powoduje. Bolesności miejscowej niema żadnej, albo jest minimalna. Natomiast terpilan działa znacznie pewniej i skuteczniej, niż terpichina, to też we wszystkich przypadkach, gdzie chodziło nam o szybki skutek, używaliśmy zawsze tylko terpilanu.

Bolesność miejscowa nie dochodziła nigdy, nawet przy stosowaniu pierwszych przetworów miejscowego wyrobu, do takiego stopnia, aby zmuszała nas to do odstąpienia od dalszych wstrzykiwań. Zmniejszała się ona zresztą zwykle przy następnych wstrzykiwaniach, tak, że nawet bardzo wrażliwi chorzy nie opierali się nigdy dalszemu stosowaniu tego leczenia. Przeciwnie niejednokrotnie spotykaliśmy się z tem, że chorzy, widząc znakomite wyniki lecznicze, prosili nas sami o dalsze wstrzyknięcie wtedy, gdy my uważaliśmy już ilość ich za wystarczającą. Nawet chore, u których wstrzykiwaliśmy terpentynę przy lekkich postaciach trądzika, czy też jakiegoś ograniczonego wyprysku lekkiego stopnia, cierpliwie znosiły dolegliwości i nie uchylały się od leczenia.

Do podawania narkotyków musieliśmy się udać raz jeden tylko, a to wtedy, gdy zaopatrująca nas w leki apteka szpitala św. Łazarza, po wyczerpaniu zapasu terpentyny francuskiej, dała nam przetwór inny znacznie gorszego gatunku, nie zawiadomiwszy nas uprzednio o tej zmianie. Skutki były pożałowania godne. Czterech chorych, którym wówczas zastosowano równocześnie wstrzyknięcia, już w godzinę po tem wiło się w bólach. Bóle bardzo silne, promieniujące ku miednicy i wzdłuż całej nogi, trwały około 36 godzin. Nawet środki uśmierzające, ból podawane dosyć często i w dużych dawkach, nie wiele wpłynęły na zmniejszenie dolegliwości. Jednakowoż w 48 godzin po wstrzyknięciu chorzy czuli się już bardzo dobrze. Pośladki, silnie uprzednio obrzękłe, wróciły do normy, do zropienia nie przyszło w żadnym przy-

padku, wynik leczniczy zaś we wszystkich tych przypadkach był tak dobry, że zachęceni tem chorzy, zgodzili się chętnie na dalsze wstrzykiwania, tym razem, wobec zmiany preparatu, już mniej przykre, bo mniej bolesne.

Jeszcze przykrzejsze skutki podania niezbyt dobrego przetworu terpentynowego podaje Becher. Stosował on setki wstrzykiwań bez pojawienia się zbyt silnego odczynu miejscowego. Nagle przy zmianie apteki u pięciu chorych, którzy równocześnie dostali wstrzyknięcia nowo dostarczonego przetworu, wystąpiła bardzo wysoka gorączka, dochodząca do 40° C, i niesłychanie silne bóle w pośladkach. Nacieki, które wystąpiły około miejsc wstrzyknięcia, wykazywały po kilku dniach wyraźne chełbotanie. Trzy wytworzone ropnie, nie wykazujące skłonności do wessania się, musiano naciąć szeroko. Po nacięciu wylała się duża ilość gęstego żółto-brunatnego płynu o wyraźnym zapachu terpentyny. Tu i ówdzie pływały w nim kuleczki tłuszczu. Przy badaniu drobnowidowem nie znaleziono tam żadnych drobnoustrojów, natomiast duże i małe limfocyty w dużej ilości. Ropnie te, wielkości jaja gęsiego, wygoiły się po nacięciu bardzo szybko, bo już w kilku dniach. Wystąpiła bardzo obficie tkanka ziarninowa, która szybko wypełniła jamę ropną.

Bardzo silne i długotrwałe bóle w miejscach wstrzyknięcia spostrzegał Pöhlman, nawet przy dawce 0,25, a mając pozatem dobre wyniki lecznicze, żałuje, że sposobu dającego tak znakomite wyniki, nie można z tych powodów stosować. Znaczne podwyższenia ciepłoty po wstrzykiwaniach terpentyny spostrzegali Pöhlman, Sellei, F. M. Meyer (przy wstrzyknięciu 40% olejku), Lilienstein, Zoepritz, i Schubert. Karo spostrzegał podniesienia ciepłoty tylko przy użyciu zanieczyszczonej terpentyny, od czasu wprowadzenia przez siebie terpichiny objawów ubocznych nie miał żadnych.

Ślady białka w moczu szybko ustępujące widzieli Pöhlman i Schubert.

W naszych przypadkach wahania ciepłoty były bardzo nierównomierne. W pierwszych miesiącach prób przez nas wykonywanych, gdy używaliśmy mieszanin olejku terpentynowego wyrobu apteki szpitalnej, czy też prywatnych aptek krakowskich, znaczne podwyższenia ciepłoty były niemal regułą. Zwykle już w dwie godziny po wstrzyknięciu małych nawet dawek występowało podwyższenie ciepłoty, które dochodziło do najwyższej wysokości około 12 godzin po wstrzyknięciu. O ile wstrzyknięcie wykonywaliśmy rano, chorzy w przeważnej części dochodzili około południa do 37.4 37.6, wieczorem do 38.0—38.8. Cyfry podane są przeciętnemi z całego szeregu przypadków. U poszczególnych chorych dochodziła niejednokrotnie ciepłota do 40° i wyżej. Wysokość ciepłoty zależna była, jak o tem również z biegiem czasu przekonaliśmy się, od tych samych mniej więcej czynników, co i bolesność, t. zn. od miejsca i sposobu wstrzyknięcia, a głównie od czystości stosowanej terpentyny. To też ciepłota szła prawie zawsze w parze z bolesnością miejscową. Zmniejszenie się jej, czy też wzmaganie, było uderzająco podobne i proporcjonalne do bolesności. Z chwilą zmiany preparatu, gdy poczęliśmy używać terpilanu czy terpichiny, nie spotykaliśmy tak silnych gorączek niemal nigdy. Najczęściej ciepłota była prawidłowa.

(C. d. n.)

Dr. HENRYK HILAROWICZ, asystent kliniki, Lwów.

Z badań nad chyżością opadania krwinek oraz nad zachowaniem się odczynu urochromogenowego w gruźlicy chirurgicznej.*)

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

Zachęcony licznemi badaniami ostatnich lat, zajmującemi się szybkością opadania krwinek w najrozmaitszych sprawach, jak w ciąży[1]), w kile[2]), w chorobach nerwowych i umysłowych[3]), zakaźnych, gruźlicy płuc[4]), a zwłaszcza w różnych cierpieniach chirurgicznych[5]), a mając w klinice chirurgicznej lwowskiej bogaty i różnorodny materjał do rozporządzenia, postanowiłem przeprowadzić systematyczne badania nad szybkością opadania krwinek w jaknajwiększej ilości przypadków gruźlicy chirurgicznej i ewentualnie wysnuć z badań tych wnioski praktyczne co do rozpoznania, leczenia i rokowania.

Nie mogę wdawać się na tem miejscu w rozwój badań nad przyśpieszeniem opadania krwinek i zjawiskiem znanem już w r. 1894 Biernackiemu,[6]) opisanem dokładniej, w r. 1917 przez Hirschfelda,[7]) a następnie wyświetlonem przez Fareusa, Linzenmeyera,[8]) Starlingera Frischa i innych, ani też omawiać bliżej ciekawych teoryj elektro- i chemofizykalnych. Krótko mówiąc, rozchodzi się tu o zmienną zdolność zlepiania się czyli aglutynowania krwinek, z której wzrostem zwiększa się i szybkość osadzania się tychże; stopień aglutynacji, zjawiska przyrody elektrycznej, zależny jest zaś od zmian składu osocza, w którem krwinki są zawieszone, od zmian dotyczących zawartych w niem koloidów, a powodowanych przez rozmaite czynniki fizjologiczne i chorobowe. Według Frischa największy wpływ na szybkość opadania krwinek ma ilość fibrynogenu we krwi, która jest wiernem odbiciem nasilenia procesów rozpadowych, jak np. gruźlicy, gdyż fibrynogen, jako wytwór rozszczepiania białka narządów, jest miernikiem rozpadu tkanek lub komórek w wysiękach; Vorschütz[9]) wykazał, że rozchodzi się tu o zmienny stosunek globulinów do albuminów, z których pierwsze tylko zwiększają aglutynację i szybkość opadania krwinek, znalazłszy się w nadmiernej ilości w osoczu, Kürten[10]) zaś uzależnia zjawisko od antagonistycznego stosunku cholestearyny do lecytyny we krwi, z których pierwsza ma przyśpieszać, a druga zwalniać to opadanie.

Oczywiście, zjawisko zależne od tego rodzaju procesów, nie może być swoistem, ale wpływ na nie muszą mieć najrozmaitsze stany chorobowe, jak gruźlica, nowotwory, zakażenia, zapalenia etc., oraz fizjologiczne, jak ciąża, miesiączkowanie, a także wiek i płeć. O ile jednak badanie czy to ilości fibrynogenu we krwi, czy też określanie stosunku globulinów do albuminów, według Vorschützs, należą do trudnych zadań laboratoryjnych — w badaniu szybkości opadania krwinek posiadamy metodę łatwą, mogącą posłużyć w ocenie nasilenia różnych procesów rozpadowych w ustroju.

Badając szybkość opadania krwinek w gruźlicy chirurgicznej, starałem się wykazać: 1) czy istnieje jakaś prawidłowość w zachowaniu się zjawiska, zależnie od różnych postaci i okresów schorzenia; 2) czy leczenie doszczętne lub zachowawcze odbija się w widoczny sposób na szybkości opadania krwinek; 3) czy dadzą się na podstawie wyników tych uzyskać jakieś wnioski, odnośnie do rozpoznania i rokowania, oraz wskazania lecznicze.

Sposób badania szybkości opadania krwinek jest zasadniczo dwojaki. Albo oznacza się drogę w mm, przebytą przez granicę opadających krwinek w jednostce czasu (1 godz.) (sposób Plauta[11]), albo, co jest dla większych chyżości dogodniejsze, określa się przebieg zjawiska przez czas, potrzebny do przebycia stale oznaczonych odległości (sposób Linzenmeyera); Schmidt[12]) w Pradze używa swoich U-rurek, Sterling[4]) opisał niedawno dla badań dokładnych nieco odmienną technikę, Küttner zaś polecał na ostatnim zjeździe chirurgów zach. niem. swoją metodę włoskowatą.

W badaniach moich posługiwałem się sposobem Linzenmeyera, używając rurki szklanej o 0,5 cm średnicy światła, na której najwyższa krezka oznacza 1 ccm objętości, następne zaś odpowiadają 6, 12, 18 i 24 mm (Löhr) odległości od pierwszej; rurki moje zaopatrywałem nadto od dołu kreskami oznaczającemi 0,2 i 0,4 ccm. Do rurki wlewa się na dno 0,2 ccm 5% roztworu cytrynianu sodowego, a następnie 0,8 ccm krwi pobranej z żyły łokciowej (inni radzą mieszać krew z cytrynianem wprost w strzykawce); krew miesza się przez kilkakrotne powolne odwrócenie rurki zamkniętej palcem, poczem notuje się chwilę ustawienia jej pionowego i określa ilość minut, w ciągu której granica opadających krwinek i osocza osiągnie poszczególne kreski. Zauważyłem, że wynik próby zależy w dość znacznym stopniu od sposobu wykonywania jej; dłuższe pozostawanie opaski uciskającej ramię, ślady sody w strzykawce lub igle,

*) Według odczytu, wygłoszonego na XIX. Zjeździe Chirurgów Polskich w Warszawie, dnia 30. VI. 1922.

jakiekolwiek zanieczyszczenia rurki, dłuższe mieszanie lub kłócenie, wnikanie pęcherzyków powietrza do mieszaniny (piana!) — wszystko to ma wpływ na chwiejne zresztą bardzo zjawisko. Technika musi więc być, o ile możności, precyzyjna i jednostajna. Trzeba wreszcie pamiętać i o zależności szybkości opadania krwinek od jedzenia, a więc pory dnia (Büscher),[8]) a u kobiet od miesiączkowania, które samo przez się znacznie przyśpiesza opadanie. Jako czas prawidłowy opadania aż do 4-tej krezki (droga = 24 mm) podaje Löhr 1200—1400 minut dla mężczyzn, 850—1000 minut dla niemiesiączkujących kobiet, około 300 min. dla dzieci. Starlinger oblicza czas średni, uzyskany jako średnia arytmetyczna z trzech poszczególnych czasów, zużytych na opadanie wzdłuż poszczególnych dróg 6-milimetrowych, oznaczając go przez S (*sedimentatio*) na 332 min. dla mężczyzn, 182 min. dla kobiet. Lepsze jednak wyobrażenie o przebiegu opadania daje podanie poszczególnych czasów, względnie krzywa, powstała przez oznaczenie na osi rzędnych dróg w mm, a na osi odciętych czasu, zużytego na opadanie wzdłuż tychże, w minutach. Wreszcie znaczenie pomocnicze może mieć oznaczenie wysokości słupa osiadłych krwinek np. po 24 godz. i stosunku objętości ich do objętości płynu, zależnego od ilości ciałek, a także od chyżości ich opadania; krwinki bowiem, opadające szybciej zbijają się więcej; z drugiej strony zaś samo zmniejszenie ich ilości powoduje szybsze opadanie, tak że zależność ta jest złożoną.

Badanie szybkości opadania krwinek przeprowadziłem dla ustalenia czasu prawidłowego u pewnej ilości osób zdrowych — otrzymałem jednak wyniki nieco niższe, t. j. czasy opadania nieco krótsze od podanych przez Löhra i Starlingera, przeciętnie S = 250 minut dla mężczyzn, 180 minut dla kobiet. U chorych niegruźliczych okazywały, zgodnie z badaniami Löhra, wielkie przyśpieszenie wszelkie nowotwory złośliwe, tem większe, im znaczniejszy był rozpad, oraz wszelkie rozleglejsze stany zapalne, zwłaszcza ropne. Po zabiegach operacyjnych jałowych u osób przedtem prawidłowe S okazujących, jak po operacjach przepukliny, a zwłaszcza wola, można było zauważyć wybitne przyśpieszenie opadania krwinek, co tłomaczy się wsysaniem wynaczynionej krwi, uszkodzeniem tkanek oraz ewentualnie samą jej utratą i zmniejszeniem ilości ciałek.

Szybkość opadania krwinek badałem u chorych na gruźlicę chirurgiczną w 110-ciu przypadkach, bądź to ambulatoryjnych, bądź to leczonych w klinice, w części przypadków wykonywując równocześnie próbę urochromogenową, o której poniżej, oczywiście z wykluczeniem przypadków z powikłaniami płucnemi.

Szybkość opadania w gruźlicy chirurgicznej jest naogół bardzo znaczną; nawet chorzy z ogniskami niewielkiemi, względnie dobrze odżywieni, nie anemiczni, lub też w znaczeniu klinicznem wyleczeni, okazują naogół znaczne i niespodziewane skrócenie czasu opadania w porównaniu z czasem prawidłowym lub w zestawieniu względnem z chorymi wynędzniałymi np. wskutek nowotworów złośliwych. Różnica prawidłowa między mężczyznami a kobietami zaciera się w miarę skracania się czasu opadania krwinek. Jakkolwiek trudno o większą prawidłowość w zachowaniu się objawu przyśpieszenia opadania krwinek w schorzeniach o tak przewlekłym, zmiennym i różnorodnym przebiegu, jak gruźlica w ogólności, to jednak, uwzględniając rożne postacie i okresy gruźlicy chirurgicznej, mogę przypadki badane ugrupować z grubsza w następujący sposób:

Najdłuższy czas opadania, t. j. najmniejsze względnie przyśpieszenie, okazywali chorzy z niepowikłaną innemi ogniskami gruźlicą gruczołów chłonnych, w największej części szyjnych, o ile nie były one rozmiękłe i bez przetok (średnio S = 50'—65'). Do drugiej grupy (średnio S = 35'—45') można zaliczyć początkowe postacie gruźlicy grzybowatej stawów, jak kolanowego, łokciowego, skokowego i garstkowego, bez wysięku, okazujące cechnujące elastyczne okolice pochewki. W razie obecności wysięku surowiczego (kolano), a w znaczniejszym o wiele stopniu ropnego, lub przy silniejszem bujaniu ziarniny gruźliczej, przenikającej pochewkę (staw skokowy, garstkowy), przyśpieszenie opadania krwinek stawało się tem wybitniejsze.

Najkrótszy wreszcie czas opadania okazywały wszelkie przypadki powikłane ropniami zimnemi, pozostającemi w związku ze stawami lub też nie, jak np. w przypadkach ropni zimnych na pośladku lub udzie (wychodz. z guza siedzeniowego), w małej miednicy, na przedramionach, mostku, żebrach itd. Do grupy tej należy też zaliczyć większość przypadków gruźliczego zapalenia kręgów, nawet o ile nie były one powikłane ropniem opadowym. Czas opadania wynosił u chorych tej grupy średnio S = 5'—15', a krwinki opadają zazwyczaj tak szybko, że trudno chwilę osiągnięcia pierwszych kresek oznaczyć; normalnie od początku doświadczenia widocznej ostrej granicy nie ma, cała górna część krwi staje się w przeciągu kilku minut jaśniejszą, a ostrą granicę widać dopiero wówczas, gdy krwinki opadły już do najniższej kreski lub dalej. W jednym np. przypadku gruźliczego zapalenia otrzewnej u dziewczynki 12-letniej, całe to opadanie trwało zaledwie 19 minut! Gruczoły chłonne gruźlicze, o ile okazywały chełbotanie, powodowały znaczniejsze przyśpieszenie opadania krwinek, jak nierozmiękłe; o ile przyszło już do wyropienia ich wnętrza z pozostawieniem niewiele tylko sączących przetok i wytworzeniem się zrostów, czasy opadania były nieco dłuższe. Przypadki gruźlicy pozastawowej, jak żeber, mostka, przedramienia etc., objawiały również najszybsze opadanie krwinek w razie obecności ropni zimnych, zwłaszcza takich, które przebiły i uległy zakażeniu mieszanemu. Wogóle chorzy z wszelkiemi przetokami gruźliczemi mają na ogół bardzo krótki czas opadania — o ile wydzielina jest obfita; natomiast w przypadkach starej gruźlicy, z przetokami bardzo nieznacznie tylko sączącemi opadanie jest wolniejsze, choć w porównaniu z rozmaitemi wygojonemi sprawami niegruźliczego pochodzenia zawsze wybitniej zaznaczone.

Starając się wykazać zależność szybkości opadania krwinek od leczenia badałem odnośny wpływ zabiegów operacyjnych doszczętnych lub zachowawczych oraz leczenia nieoperacyjnego, jak wypompowywania ropy, wstrzykiwań mieszanki jodoformowej lub podanego przez Laskownickiego a stosowanego na klinice chirurg. we Lwowie płynu Lugola, ustalania etc. We wszystkich prawie przypadkach zabiegów operacyjnych, badanych w 24—72 g. po operacji, wystąpiło wyraźne pogorszenie się w zachowaniu się krwi i to w znaczniejszym stopniu po resekcjach stawów (jak kolanowego 6 przyp., łokciowego 1 przyp., skokowego 2 przyp.); wyraźne, lubo znacznie mniejsze, było przyśpieszenie opadania krwinek po amputacji stopy sposobem Pirogoffa (2 przyp.) Biorąc pod uwagę, że i operacje jałowe, jak przepukliny, wola itd., powodują same przez się przyśpieszenie opadania krwinek, łatwo zjawisko powyższe wytłomaczyć, przyczem oczywiście większa powierzchnia ranna i większe wsysanie po resekcji musi odbić się wyraźniej na szybkości opadania krwinek, jak po amputacji. Pogorszenie to trwało rozmaicie długo, 5—20 dni, naogół dłużej, jak po operacjach jałowych u niegruźliczych, poczem w przypadkach korzystnie przebiegających następował powrót do stanu dawnego, a dalej powolna wprawdzie bardzo, ale wyraźna poprawa, tj. zwolnienie czasu opadania; chorzy po resekcji stawu kolanowego, opuszczając klinikę w 6 tygodni po operacji, zazwyczaj jeszcze nie okazywali poprawy opadania; stwierdzić ją można było dopiero po dłuższym okresie czasu w przypadkach zgojonych bez żadnych przetok i z silnym zrostem kostnym. W przypadkach, w których powstały przetoki, obrzęk blizny i słaby zrost, do poprawy wcale nie przyszło; u jednego zaś chorego po wycięciu stawu łokciowego nastąpiło wybitne, trwałe pogorszenie, tj. skrócenie i tak już krótkiego bardzo czasu opadania, a zgodnie z tem zjawiła się nowa sprawa gruźlicza w miejscu operacji, przetoki, obrzęk kończyny oraz nowe ognisko w kończynie drugiej.

Przy leczeniu zachowawczem — stwierdziłem — że ilekrotnie udało się zapomocą nakłuć i wstrzykiwań mieszanki jodoformowej lub płynu Lugola wyleczyć ropień zimny, lub ognisko rozmiękłego gruczołu, następowała poprawa w szybkości opadania krwinek, dająca się jednakże wykazać względnie późno; pierwsze wstrzykiwania wpływu dużego nie miały, dopiero w miarę zmieniania charakteru

ropy na płyn surowiczy i zmniejszania się jamy ropnia następowało powolne zwolnienie opadania krwinek. Podobnie i przypadki gruźlicy stawów, leczone zachowawczo ustaleniem i wstrzykiwaniami, okazywały w miarę poprawy stanu miejscowego zwolnienie opadania, natomiast pogorszeniu miejscowemu (przebicie, zwiększenie obrzęku) towarzyszyło pogorszenie się zachowania krwi tj. rosnące przyśpieszenie opadania krwinek.

O ile wyniki badania szybkości opadania krwinek mogą być pomocne w rozpoznaniu ilustrują następujące przypadki: 1) Chłopiec 11-letni, u którego rozpoznano przewlekłą sprawę zapalną niegruźliczą ścięgien stopy, okazywał szybkość opadania krwinek nie wiele tylko zmienioną; sprawa też rychło pod wpływem samego tylko ustalenia uleczyła się; 2) w innym przypadku schorzenia stawu kolanowego, bez wysięku, z silnem chrupotaniem, rozpoznano arthritis deformans kolana i stwierdzono też odpowiednie zmiany makroskopowe w czasie operacji; chory ten okazywał znaczne przyśpieszenie opadania krwinek (S = 55'). Badanie drobnowidowe usuniętych części stawu wykazało nietypową sprawę gruźliczą. Przypadki, będące zejściem zapalenia szpiku w nasadzie kości długich z pozostawieniem przykurczenia, zesztywnienia i nadwichnięcia stawu (kolanowego) i bliznami po kloakach, okazywały zawsze mniejsze przyśpieszenie opadania krwinek, niż podobne przypadki „wygojonej“ starej gruźlicy stawowej. Niewątpliwie pomocnym wreszcie w rozpoznaniu mógł być wynik badania szybkości opadania krwinek w przypadkach, w których ropień zimny, usadowiony w miednicy małej, sprawiał trudności rozpoznawcze, lub też, zajmując kanał pachwinowy, naśladował wodniak sznura nasiennego. Löhr zwraca szczególną uwagę na znaczenie badania szybkości opadania krwinek w rozpoznaniu choroby Calve-Perthesa i odróżnienie jej od gruźliczego zapalenia stawu biodrowego.

Streszczając wyniki powyższych badań dochodzę do przekonania, że: 1) Jakkolwiek objaw przyśpieszenia opadania krwinek nie jest wcale swoisty dla gruźlicy chirurgicznej, to jednak, będąc miernikiem nasilenia procesów rozpadowych, może być środkiem pomocniczym w ocenie ciężkości przypadków i odgraniczenia przypadków ciężkich od lekkich, podobnie jak w gruźlicy płuc; jak tam, tak i tu większe nagromadzenie wytworów zapalnych i rozpadowych, większe wsysanie, powoduje większe zmiany w osoczu i zwiększenie szybkości opadania krwinek.

2) W badaniu szybkości opadania krwinek posiadamy sposób nie swoisty wprawdzie, ale mogący nieraz ułatwić rozpoznanie, odgraniczenie spraw gruźliczych od podobnych do nich schorzeń niegruźliczego pochodzenia, notabene w odpowiednio dobranych przypadkach. Prawidłowa lub niewiele tylko zmieniona szybkość opadania krwinek wyklucza z dużem prawdopodobieństwem sprawę gruźliczą.

3) Wyniki badania szybkości opadania krwinek, przeprowadzonego okresowo u poszczególnych chorych, mają znaczenie dla rokowania, które tem jest lepsze, im wpływ leczenia na szybkość opadania wyraźniejszy, wątpliwe, jeżeli szybkość opadania krwinek się nie zmniejsza, złe, jeżeli po zabiegu operacyjnym trwale się pogarsza. Brak wpływu leczenia zachowawczego na szybkość opadania krwinek wspiera wskazanie do leczenia doszczętnego. Poprawa w zachowaniu się zjawiska po zabiegach operacyjnych jest miarą doszczętności, dokładności, z jaką ognisko usunięto; brak jej w przypadkach miejscowo korzystnie przebiegających świadczy o obecności innego ogniska w ustroju.

Mówiąc o rokowaniu na podstawie szybkości opadania krwinek, przejdę odrazu do drugiej kwestji, stanowiącej treść niniejszej pracy, a mianowicie kwestji występowania odczynu urochromogenowego w moczu chorych na gruźlicę chirurgiczną, któremu niektórzy badacze przyznają pierwszorzędne znaczenie dla rokowania. I tak Klare[13]) przypisuje próbie urochromogenowej tak wielkię znaczenie, że uzależnia od niej przyjęcie do szpitala, amputację itd. Znaczenie prognostyczne w gruźlicy przypisywali już dawniej spokrewnionemu z próbą urochromogenową odczynowi dwuazowemu Ehrlicha Holmgren (śmierć do $^1|_2$ roku, o ile diazo stale +), Michaelis, Pape. Weiss[14]) zbadał bliżej ciało powodujące wynik pozytywny w odczynie Ehrlicha, wykazał, że pozostaje ono w blizkim związku z urochromem i nazwał je urochromogenem; dla wykazania tego ciała podał Weiss tz. próbę nadmanganianową, czyli urochromogenową.

Otóż Düttmann[15]) opisał niedawno wyniki badań nad tą próbą w gruźlicy chirurgicznej i dochodzi na podstawie niewielu swych przypadków do przekonania, że próba urochromogenowa ma pierwszorzędne znaczenie w rokowaniu, będąc wskaźnikiem ciężkości stanu chorych, i że ma ona rozstrzygać o leczeniu doszczętnem, które w razie dodatniego wyniku powinno zastąpić dotychczasowe leczenie zachowawcze; Klare, Hildebrand[16]) sądzą podobnie. Przeciwnie zaś Szigeti[17]) ocenia ją z wielką ostrożnością, uznając jej znaczenie za warunkowe tylko i znacznie mniejsze, jak w gruźlicy płuc; widział on bardzo ciężkie przypadki gruźlicy chirurgicznej, które dodatniego wyniku próby nie okazywały.

Pragnąc wobec tak sprzecznych zdań wyrobić sobie własny sąd o wartości odczynu urochromogenowego zbadałem w części przypadków badanych na szybkość opadania krwinek również i mocz na urochromogen.

Urochromogen, związek, z którego powstaje urochrom, należy, według badań Bądzyńskiego, Gottlieba, Dąbrowskiego i Panka, do ciał oxyproteinowych i jest pochodnym rozpadu białka. Według wywodów Düttmanna każda gruźlica chirurgiczna z wyjątkiem gruzełka trupiego jest chorobą ogólną; o ile zatrucie jadami jest silniejsze, przychodzi do zaburzeń w przemianie materji, rozpadu ciałek czerwonych, zmniejszenia się ilości hemoglobiny i wydzielania urochromogenu w moczu, co dzieje się w chorobach zakaźnych, jak np. durze szybko, w gruźlicy zaś powoli; zjawienie się urochromogenu oznacza upadek sił obronnych ustroju, a towarzyszyć ma mu zawsze ubytek ciałek czerwonych. Ciekawe jest, że odczyn urochromogenowy występuje często po narkozie, co tłómaczą działaniem narkotyku na wątrobę. Wreszcie zniknięcie obecnego przedtem urochromogenu w przypadkach ciężkich gruźlicy, powikłanych skrobiowatością narządów wewnętrznych, bywa uważane za signum mali ominis.

Wykonanie próby Weissa jest bardzo proste:

3 ccm moczu świeżego, przesączonego, o ile był mętny, rozcieńcza się trzykrotną ilością wody przekroplonej i rozdziela do dwóch jednakowych probówek; do jednej z nich dodaje się kilka kropel 1‰ świeżego rozczynu nadmanganianu potasu; o ile próba jest ujemną, powstaje w górnych partjach płynu zabarwienie brunatnawe, o ile dodatnią — występuje tamże barwa „kanarkowo-żółta“, raczej cytrynowa, bardzo wyraźna i utrzymująca się przez czas dłuższy. Jeżeli zabarwienie podobne znika po upływie 1 min., wyniku nie należy uważać za dodatni.

Inna próba Rousseaux polega na tem, że mocz zawierający urochromogen ma zmieniać barwę żółtą na zieloną po dodaniu 1‰ roztworu błękitu metylowego.

Interesujące jest, że, według badań Parnasa i Tykocinera[18]), próba ta jest tylko zmieszaniem barw — żółtej wysyconego moczu z niebieską odczynnika, co razem daje dla oka barwę zieloną, lecz że analiza spektralna żadnego przesunięcia widma ku stronie fioletowej, a więc przyrostu barwy na skutek rzeczywiście odbywającej się reakcji nie wykazuje. Parnas nie przypisuje znaczenia próbie Rousseaux.

Odczyn Weissa wykonywałem w 49-ciu przypadkach gruźlicy chirurgicznej, przeważnie cięższych. Wśród przypadków tych, zarówno ambulatoryjnych jak i klinicznych, zaledwie jeden raz był on wybitnie i jeden raz słabo dodatni; w innych, mimo że były wśród nich przypadki ciężkie, z niewątpliwem wskazaniem do amputacji (jak 3 p. gruźlicy kości śródstopia, ciężkie postacie gruźlicy kręgów z ropniami opadowemi, nawracająca i uogólniająca się gruźlica po wycięciu stawu łokciowego itd.) badanie moczu obecności urochromogenu (przy nieobecnem białku) nie wykazało, choć byli to chorzy wycieńczeni i anemiczni; przyśpieszenie opadania krwinek było u nich zawsze bardzo znaczne. Obecność urochromogenu stwierdziłem w jednym tylko przypadku, leczonym na klinice chorób wewn. we Lwowie z powodu »lymphogranuloma tbc«, który skończył się śmiertelnie, oraz w słabym stopniu u chłopca z gruźlicą gruczołów chłonnych na szyi, dość dużych i rozmiękłych, lecz pozatem

nieanemicznego i dość dobrze odżywionego. Uderzające jest, że w moczu pobranym dla porównania od tych pierwszych lepszych ciężko chorych na gruźlicę płuc ze szpitala P. we Lwowie odczyn urochromogenowy okazał się dodatni.

Na podstawie tych, niezbyt wielu coprawda, badanych przypadków można wnosić, że odczyn urochromogenowy dodatni występuje u chorych na gruźlicę chirurgiczną na ogół rzadko i że, jeżeli w tak ciężkich, jak badane, przypadkach był on ujemny, to nie może posiadać owego rozstrzygającego znaczenia w leczeniu i rokowaniu, jakie mu przypisuje Düttmann, dla chirurga nie wchodząc prawie w rachubę; znaczenie próby jest o wiele mniejsze, jak w gruźlicy płucnej. Nieobecność urochromogenu w moczu nie wyklucza wcale ciężkiej postaci gruźlicy chirurgicznej, a natomiast znaleść go można czasem i w moczu lżej chorych.

Dokładne, okresowe i porównawcze badanie szybkości opadania krwinek w gruźlicy chirurgicznej może nam dać niewątpliwie lepsze pojęcie o przebiegu nasilenia, o wynikach leczenia i przyszłości sprawy, jak wykonywanie próby urochromogenowej.

Piśmiennictwo.

1. Fareus. Bioch. Ztschr. T. 89. — 2. Nathan i Herold. Berl. kl. W. 1921. 24. — 3. Büscher. Berl. kl. W. 1921. 14. — 4. Frisch i Starlinger. Med. Klinik 1921. 38 i 39. — Sterling. P. G. Lek. 1922. 8. — 5. Löhr. Zentr. f. Chir. 1921. 35. — Tenże. Grenzgebiete d. Medizin u Chir. 1921. T. 34. 2. — 6. Pam. Tow. Lek. r. 1894. — 7. Corr. Bl. f. Schw. Ärzte 1917. — 8. Arch. für Gyn. 1920, Pflüg. Arch. 1920, 1921. — 9. Grenzg. d. Med. u. Chir. 1921. T. 34. 5. — 10. Berl. kl. W. 1921, str. 183, Pflüg. Arch. f. Phys. 185. — 11. M. m. W. 1920. 10. — 12. Med. Klin. 1921. str. 531. — 13. M. m. W. 1921. 22. — 14. W. kl. W. 1906. 44., W. kl. W. 1907 33, Wien. kl. W. 1911. 25., Med. klin. 1910. 22. — 15. Bruns Beitr. f. kl. Chir. 1921. T. 123. I. — 16. Deut. Chir. 1902. — 17. Med. klin. 1921. 10. — 18. Gaz. Lek. 1919.

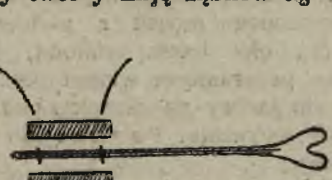
Dr. R. HINZE, dyr. Państw. Szpitala powsz. Rzeszów.

Własny sposób plastyki przy powiece opadniętej.

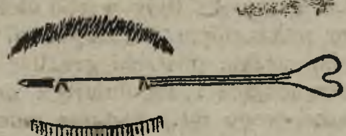
Posiadamy liczne sposoby operacyjnego leczenia powieki opadniętej, mają one niemal wszystkie tę wspólną wadę, że skracają opadniętą powiekę, ale nie dają jej ruchów żywotnych, ani też postaci naturalnej. Na podstawie dokładnego spostrzegania przekonałem się o różnicach w wyglądzie górnych powiek u wielkiej ilości ludzi. I tak widzi się niekiedy górną powiekę jednostajnie opadającą, nawet przy rozwartej szparze powiekowej, bez widocznego fałdu wgłębiającego. Ma się przed sobą rodzaj zasłony, która wznosi się i opada na podobieństwo kurtyny teatralnej. Są to atoli nieliczne przypadki oczu. Przeważnie jednak górna powieka tworzy fałd chowający się w głąb w środku odległości brzegu rzęskowego od brwi. Fałd ten ma stosownie do gałki ocznej lekko łukowatą postać; u młodych osobników jest on mniej widoczny, gdyż tworzy linję ostrą, u starszych zaś przy nadmiarze i pofałdowaniu skóry tworzy linję ząbkowatą, wpadającą silnie w oko.



F. 1.



F. 2.



F. 3.

F. 1. Okrawione prostokąty. F. 2. Sytuacja szwów i sondy. Fig. Szwy związane na sondzie,

Do wytworzenia tego fałdu naturalnego zdążała pośrednio metoda operacji opadniętej powieki, podana przez Hessa, nie był to jednak jej cel główny.

Sposób mój zdąża wprost do stworzenia owego naturalnego fałdu skórnego (na górnej powiece) przy rozwartej szparze powiekowej, podobnie jak się rzecz ma u większości ludzi. Uzyskałem zaś ten wynik przez zastosowanie plastycznej operacji, którą opiszę kilkoma słowami.

Z przedniej powierzchni (skórnej) powieki opadniętej wycinam dwa prostokąty, leżące podłużnie i równolegle do brzegu rzęskowego. Z tego jeden prostokąt wycinam tuż obok brzegu rzęskowego, o 2 mm od niego oddalony, następny zaś o 3 do 4 mm wyżej od pierwszego. Następnie dwoma szwami łączę oba prostokąty tak, że okrwawione powierzchnie stykają się ze sobą.



Wygląd chorego przed zabiegiem. Wygląd chorego po zabiegu.

Przy związywaniu szwów należy złożoną pensetkę lub zgłębnik rowkowany tak ułożyć pomiędzy obu prostokątami, aby stanowiła w miejscu mostka skórnego niejako zawias zamykającej się książki, po związaniu zaś szwów należy zgłębnik wyjąć. Opis powyższy uzupełniają zamieszczone rysunki schematyczne.

Z praktyki.

WŁADYSŁAW SZUMOWSKI. Kraków.

O wskazaniach leczniczych w Szczawnicy.

Kol. Zygmunt Wąsowicz w artykule »Wskazania lecznicze dla ważniejszych polskich uzdrowisk« (Pol. Gaz. Lek. 1922 Nr. 21 i 22) podaje o Szczawnicy:

«Ze względu na skuteczność swych zdrojów w chorobach płucnych i urządzeń do ich leczenia, jak nie mniej ze względu na łagodny klimat podgórski, sprzyjający leczeniu tych chorób, Szczawnica uchodzi słusznie za uzdrowisko specjalne dla chorych na płuca, a wśrod nich szczególniej dla chorych na gruźlicę płuc«. To są wszystkie wskazania dla Szczawnicy, podane w wymienionym artykule.

Ponieważ w Szczawnicy nie byłem 10 lat, mogłem sądzić, że się coś w zdrojowisku tem przez ten czas zmieniło na korzyść specjalnych wskazań dla gruźlicy płuc i na niekorzyść chorób górnego odcinka dróg oddechowych, chorób dróg trawiennych, przemiany materji i in., dotąd w Szczawnicy leczonych i w piśmiennictwie opisywanych. Zwłaszcza zdziwiło mnie to, że autor radzi przewlekłe nieżyty górnego odcinka dróg oddechowych leczyć w Ciechocinku, Rabce, Truskawcu, Lubieniu, nie zaś w Szczawnicy, wbrew temu, co było dotąd.

Sezon letni, spędzony przezemnie w r. 1922 w Szczawnicy, przekonał mnie jednak, że wskazania lecznicze dla tego zdrojowiska nie zostały w wymienionym artykule ściśle ujęte.

Faktyczny ruch chorych, obserwowany przezemnie był następujący:

Chorych z chorobami górnego odcinka dróg oddechowych, które przedewszystkiem mnie skłoniły do napisania

niniejszej notatki, a więc chorych z chorobami nosa, gardła i krtani, niegruźliczych, było 12%; chorych z chorobami oskrzeli, rozedmą płuc, astmatyków, niegruźliczych, było 11%; chorych z rozpoczynającą się gruźlicą płuc, wycieńczonych, źle odżywionych, prawie niegorączkujących, a więc takich chorych, których nie brak w lecie w żadnem uzdrowisku podgórskiem, było 37%; chorych z rozwiniętą gruźlicą płuc 28%. Na choroby dróg trawiennych, przemiany materji, nerwowe, choroby narządu krążenia, choroby krwi, przypada na każdą grupę po 1—4%.

Ze względu na wyniki lecznicze należałoby dążyć w Szczawnicy do zwiększenia grupy pierwszej, drugiej i trzeciej. Choroby górnego odcinka dróg oddechowych, wymagające picia wód alkaliczno-słonych oraz odpowiednich inhalacyj, niekiedy hydropatji, najlepiej poprawiają się w Szczawnicy. Inne zdrojowiska, nie mające wód alkalicznych rodzimych, zastępują je z konieczności wodami importowanemi albo sztucznemi, co zapewne dla chorego jest mniej korzystne. Że chorych z przewlekłemi nieżytami oskrzeli wysyła się do Szczawnicy, o tem możnaby nie wspominać, gdyż Szczawnica pod tym względem jest prawie bez konkurencji. Chorzy z rozpoczynającą się gruźlicą płuc, wycieńczeni, źle odżywieni ze skłonnością do krwioplucia, mają w Szczawnicy szczególnie korzystne warunki lecznicze: klimat podgórski, prywatne i publiczne dobrze urządzone leżalnie, obfitość pożywienia. Ci chorzy, o ile przyjeżdżają do Szczawnicy na 2—3 miesiące, zimę spędzają w domu według wskazówek lekarza i wracają już na krócej do Szczawnicy na następny sezon, mogą się spodziewać zupełnego wyleczenia.

Lekarze częstokroć popełniają ten błąd, że posyłają do Szczawnicy przypadki gruźlicy rozwiniętej ze stałą gorączką i z jamami w płucach. W latach 1907—1912, jako lekarz zakładowy szczawnicki, usilnie przestrzegałem kolegów, żeby daleko posuniętej gruźlicy do Szczawnicy nie posyłali. I pod tym względem nic się w Szczawnicy nie zmieniło. Przedewszystkiem Szczawnica nie posiada sanatorjów, niezbędnych dla racjonalnego leczenia gruźlicy rozwiniętej. Wody mineralne szczawnickie, takim chorym podawane, częściej szkodzą, wywołując zaburzenia w trawieniu lub krwioplucie, aniżeli pomagają. Dlatego twierdzenie, że Szczawnica jest uzdrowiskiem szczególnie dla chorych na gruźlicę płuc, jest błędne, bo w rachubę tu wchodzić może chyba tylko gruźlica w I okresie.

Nie trzeba prócz tego zapominać, że Szczawnica jest przedewszystkiem zdrojowiskiem, które posiada znakomite szczawy alkaliczno-słone, i że do leczenia gruźlicy bynajmniej wody mineralne nie są koniecznie potrzebne.

O tem, że wody szczawnickie są skuteczne wszędzie tam, gdzie są wskazane szczawy alkaliczno-słone, więc w chorobach dróg trawiennych, przemiany materji, dróg moczowych, pisać tutaj nie będę, gdyż to są rzeczy dostatecznie znane, we wszystkich publikacjach o Szczawnicy, moich i nie moich, podnoszone i nie wymagające bliższych wyjaśnień. Tutaj chciałem tylko zaznaczyć i podkreślić, że Szczawnica jest przedewszystkiem zdrojowiskiem dla chorych z chorobami dróg oddechowych wogóle, podobnie jak Gleichenberg, Reichenhall, Luhaczowice, Salzbrunn, Ems. W szeregu tych chorób choroby górnego odcinka dróg oddechowych powinny zajmować pierwsze miejsce, a gruźlica ostatnie. Chorych z rozwiniętą gruźlicą płuc należy posyłać do sanatorjów, a kto nie ma na to, niech lepiej lato spędzi na wsi, gdzieś w suchej i obfitującej w drzewa iglaste miejscowości, a nie w Szczawnicy.

Sprawozdania poglądowe.

Wykład kliniczny.

Prof. Dr. J. T. Lenartowicz. Kraków.

Współczesne poglądy na biologiczne zasady leczenia kiły.

(Wykład na Zjeździe dermatologów polskich w Warszawie dnia 7. V. 1922).

(Dokończenie).

A jednak w nowoczesnem leczeniu kiły nie wolno nam zapominać o wielkich zdobyczach naukowych początków XX stulecia, nie wolno nie uwzględniać biologicznych podstaw tego leczenia, skoro raz przez naukę zostały przyjęte jako logiczne i słuszne, nie wolno zapominać, że leczenie kiły w pojęciu nowoczesnem — to leczenie nie tylko objawowe, ale ściśle przyczynowe leczenie, zmierzające systematycznie do zniszczenia krętka bladego. Nie wolno nam o tem zapominać, ale pod jednym warunkiem, że w leczeniu naszem uwzględniać będziemy nie c h o r o b ę tylko, a więc walkę z krętkiem bladym, ale, i to przedewszystkiem, c h o r e g o. Broń skierowana przeciw k r ę t k o w i blademu nie może się zwrócić i nie powinna się zwrócić nigdy przeciw c h o r e m u.

Trzy zasady ogólne obowiązują, ile możności, w leczeniu kiły: 1) leczenie energiczne, 2) leczenie jak najwcześniejsze i 3) jak najmniejszą szkodę przynoszące choremu. O ostatniej zasadzie zapominają najczęściej, jak się zdaje, ci, którzy zapatrzeni jedynie we wskazania pracowniane, tych wielkich zdobyczy nieumieją pogodzić ze wskazaniami i wymogami klinicznemi. Że tak jest, dowodzą aż nadto dobrze znane z piśmiennictwa przypadki ciężkich uszkodzeń i przypadki, niestety tak liczne, śmierci po salwarsanie. Dla zagorzałych stronników bezwzględnego energicznego stosowania salwarsanu każde uszkodzenie, każda śmierć nawet będzie tylko naturalnym wynikiem samej sprawy chorobowej, samej kiły, a salwarsan będzie co najwyżej przyczyną uboczną, przyczyną uruchomiającą ukryte ogniska chorobowe. Dla nich każde zapalenie mózgu, każda neurorecydywa, każda mniej lub więcej złośliwa żółtaczka będzie bodźcem, jeśli nie do wykazania przyczynowego związku z kiłą, to przynajmniej do sprytnie skonstruowanej obrony, że wina leży nie w salwarsanie, ale w małej, a przez to właśnie szkodliwej jego dawce. Tych maksymalistów teoretyków przywołują do opamiętania zazwyczaj dopiero przypadki śmierci, przez nich samych spostrzegane. Że leczenie możliwie wczesne powinno być naszym celem, naszym głównym obowiązkiem, że, gdzie można, powinniśmy natychmiast zastosować leczenie poronne i że leczenie poronne daje największe szanse wyleczenia, na to się godzi przeważna część autorów i to może jest jedną z głównych zdobyczy naszego nowoczesnego lecznictwa, opartego na podstawach biologicznych. O tem, że się leczenie nie zawsze udaje, że wskazania do zastosowania leczenia poronnego w ścisłem tego słowa znaczeniu zacieśniają się coraz bardziej, wspomniałem już wyżej. Różnice w poglądach, jakie napotykamy w tej sprawie, to przedewszystkiem różnice, dotyczące wiary w możliwość wyleczenia kiły poronnie jednem tylko leczeniem, a obok tego różnice w sposobie przeprowadzenia tego leczenia co do dawkowania, czasu trwania leczenia, środków do leczenia użytych, czasu spostrzegania po ukończonem leczeniu itp. Z ankiety R o s t a wynika, że tylko $^1/_4$ poważnych syfilidologów wierzy w poronne wyleczenie kiły tylko j e d n e m l e c z e n i e m, większość domaga się powtórzenia leczenia dwukrotnie lub trzykrotnie. Namiętne polemiki jednych i drugich, przytaczanie dat statystycznych »za« i »przeciw« dowodzą, że sprawa ta bynajmniej nie jest rozstrzygnięta, że jest w toku i że dopiero po uspokojeniu się skrajnie odmiennych poglądów, zbyt gorliwie bronionych, można będzie wyciągnąć więcej ścisłe i rzeczowe wnioski. L e s s e r np. podaje, że leczenie poronne w lues I seronegativa daje aż 100% wyleczeń, przyczem do leczenia poronnego używa tylko salwarsanu. To zdanie L e s s e r a podziela w zupełności Z i m m e r n, częściowo F r ü h w a l d, D e l b a n c o, G e n n e r i c h, a występują przeciw tak wysokiej statystyce wyleczalności jednem leczeniem tylko, L e v e n, M e i r o w s k y, M u l z e r, B l a n c k. M u l z e r przytacza trzy przypadki nawrotów wkrótce po skończeniu leczenia, mimo że leczenie rozpoczęto przy ujemnym odczynie Wassermanna. B l a n c k opisuje przypadek ciężkiego nawrotu kiły w 5 tygodni po ukończonem leczeniu, mimo, że leczenie rozpoczęto w warunkach korzystnych, bo przy ujemnym odczynie Wassermanna tak przed leczeniem jak i w czasie leczenia, i mimo że przy leczeniu zużyto 3·6 gr neosalwarsanu. Obszerna i szczegółowo opracowana statystyka z kliniki H o f f m a n n a wykazuje przy leczeniu poronnem lues I seronegativa 4·4% nawrotów, ale w lues I seropositiva już 18·7% nawrotów. Dlatego H o f f m a n n poleca lues I seropositiva zaliczyć raczej do grupy

kiły drugorzędnej i leczyć tak, jak kiłę drugorzędną, tj. nie zadowalać się jednem tylko leczeniem. Różnice w poszczególnych statystykach co do korzystnych wyników leczenia poronnego różni autorowie tłómaczą różnie, bądź to czasem, w którym leczenie zastosowano (okres ujemnego odczynu Wassermanna badanego tylko przed leczeniem, lub badanego wśród leczenia i w czasie leczenia, utajone dodatnie wahania, dające się stwierdzić tylko uczulonemi odmianami odczynu Wassermanna), bądź intensywnością leczenia, bądź też kontrolą wyników leczniczych, trwającą czas dłuższy lub krótszy od ukończenia leczenia. Odnośnie do pory, w której leczenie zastosowano, to zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości, że najkorzystniejsze wyniki otrzymuje się wówczas, gdy wszelkiemi, nawet najczulszemi, sposobami badania nie można stwierdzić dodatniego wahania odczynu Wassermanna, czy też jego odmian, i przed i wśród leczenia i po jego ukończeniu. Jednakże i to zastrzeżenie nie może być uważane za regułę bezwzględnie pewną, bo, jak wspomniałem wyżej, Leven i Meirowsky stoją na stanowisku bardzo wczesnego uogólniania się kiły, wcześniejszego, niż to wykryć mogą nasze dotychczasowe choćby najczulsze odczyny, a tak wczesne uogólnienie się kiły zmniejsza naturalnie znacznie wszelkie widoki leczenia poronnego wogóle. Zdaniem tych autorów w olbrzymiej większości przypadków można mówić jedynie o leczeniu wczesnem, a nie poronnem. Czy leczenie było istotnie poronnem, to rozstrzygnąć może albo powtórne zakażenie, albo długoletnie spostrzeganie, przyczem same odczyny, choćby stale ujemne w surowicy i w płynie mózgowordzeniowym, nie mogą być dowodem wyleczenia, bo i przy ujemnych odczynach mogą wystąpić zmiany chorobowe. Intensywność leczenia, chociaż niektórzy chcą do niej większą przywiązywać wagę, nie ma, jak się zdaje, większego znaczenia, bo tu mogą odgrywać rolę osobnicze właściwości ustroju, jego mniejsza lub większa zdolność samoobronna, a nie brak przykładów, że nawroty wśród najlepszych warunków leczenia poronnego występują nawet po najenergiczniejszem leczeniu, gdy naodwrót nie występują nieraz po leczeniu bardzo skromnem. Nie należy zapominać, że kiła może ulec samowyleczeniu, bez naszej pomocy, albo przy pomocy bardzo względnej wartości. O tem, zdaje się, zapominają i ci, którzy tak entuzjastycznie odnoszą się do tego lub owego sposobu leczenia, jakoteż i ci, którzy żądają leczenia najenergiczniejszego, zrzucając odpowiedzialność za złe wyniki leczenia na leczenie niedostateczne.

A co jest leczeniem dostatecznem lub niedostatecznem? Wszakże to czysta empirja, wszakże to ocena zupełnie podmiotowa i przedmiotowa od przypadku do przypadku, to zasób doświadczenia i przekonań, każdemu lekarzowi właściwy, ale u każdego różny. To też słusznie ironizuje Buschke, gdy, omawiając tę sprawę, zaznacza, że nic niema łatwiejszego, jak przypisywać ujemne wyniki niedostatecznemu leczeniu, nic trudniejszego, jak dowieść, że leczenie inne byłoby skuteczniejsze. O skuteczności poronnego leczenia rozstrzyga też, prócz świeżego zakażenia, czas następowego spostrzegania, które powinno ciągnąć się latami po ukończeniu leczenia poronnego. Stąd wartość dowodowa największa tych statystyk, w których następowe spostrzeganie ciągnęło się lat 8—10. A takich statystyk mamy, jak dotąd, stosunkowo mało, przyczem ocenę ich trzeba przyjmować ostrożnie, raz z tego względu, że w ciągu tak długiego okresu czasu zmieniały się środki używane do poronnego leczenia, a wraz z niemi i dawkowanie, powtóre dlatego, że w każdej niemal klinice sposoby leczenia ulegały ciągłym zmianom i wahaniom, nie mówiąc już o zmieniających się ciągle pojęciach, co uważać za leczenie poronne w ścisłem znaczeniu. Najobszerniejsze w tym kierunku statystyki znajdujemy w pracach Gennericha, Scholtza, Hofmanna i Mergelsberga, wreszcie Pontoppidana. To też nie można się dziwić, że często ci sami autorowie w różnych okresach czasu podają różne odsetki skutecznego leczenia poronnego. Znamienne w tych statystykach jest to, że statystyki późniejsze zadowalają się zwyczajnie skromniejszym odsetkiem przypadków poronnie wyleczonych. Dziwić to nie może, czas poprawia statystyki cierpliwie i wykazuje, czy to nawrotem klinicznym, czy serologicznym, że leczenie poronne nie powiodło się.

Nie można zaprzeczać pewnej, choć ograniczonej wartości i tym statystykom, w których czas spostrzegania nie trwał dłużej, niż 3 lata, doświadczenie poucza bowiem, że o ile leczenie poronne zawiedzie, nawroty występują zwyczajnie szybko, często po kilku miesiącach. Ze statystyki Pontoppidana wynika, że po tak zwanem wczesnem (niekoniecznie poronnem) leczeniu 86% nawrotów występuje w ciągu trzech pierwszych lat po zaprzestaniu leczenia, a z tych znów $^5/_6$ przypada na najbliższy okres półtoraroczny. Czy można wierzyć w leczenie poronne? Według dotychczasowych doświadczeń tak, tylko z tem zastrzeżeniem, że nie osięga się go w 100 % przypadków i że warunki, wymagane dla udania się poronnego wyleczenia jednem tylko leczeniem, są tak ograniczone, a sam sposób przeprowadzenia i kontrolowania leczenia poronnego według najnowszych wymogów nauki jest tak ciężki, że w praktyce możliwość przedsięwzięcia leczenia poronnego, zwłaszcza w naszych warunkach, w Polsce, spada niemal do zera. O tem, że leczenie poronne jest możliwe, że w wielu przypadkach następuje wyleczenie istotne, świadczą świeże, coraz liczniejsze zakażenia powtórne, przedtem w takiej obfitości nie napotykane. Jeżeli poddamy najostrzejszej nawet krytyce ogłaszane dotąd przypadki powtórnego zakażenia, jeżeli wyłączymy z nich wszystkie rzekome wtórne zakażenia, czyto jako superinfekcje, czy też jako monorecydywy, pozostanie przecie pokaźny odsetek przypadków istotnego wtórnego zakażenia, a te świadczą wymownie o postępie naszego leczenia w porównaniu z erą leczenia dawnego.

Jak przeprowadzić leczenie poronne, rozumie się leczenie poronne, pojęte w najściślejszem tego słowa znaczeniu? Tu zapatrywania są podzielone: jedni chcą się posługiwać jedynie salwarsanem lub jego pochodnemi, nie przypisując rtęci żadnego, nawet pomocniczego leczenia (Lesser); inni (a tych jest większość) używają leczenia skombinowanego salwarsanu i rtęci (Hoffmann, Buschke, Arnd, Finger, Pinkus, Kyrle, Bergel itd.). Nie ulega wątpliwości, że salwarsanowi w leczeniu poronnem oddać trzeba pierwszeństwo i ze względu na to, że jest on w wyższym stopniu krętkobójczym, niż rtęć, i ze względu wreszcie na te spostrzeżenia kliniczne z ery leczenia tylko rtęcią, które bynajmniej nie dowiodły wyższości rtęci w tym względzie. Jeżeli mimo to większość wytrawnych klinicystów używa obok salwarsanu także rtęci, to z pewnością dlatego, że rtęć, w wyższym stopniu, niż salwarsan, wspomaga siły ochronne ustroju, co w leczeniu kiły nie jest bez znaczenia. Znaczne różnice są w poglądach rozmaitych autorów co do dawki salwarsanu, tak tej, jakiej należy użyć przy każdorazowem wstrzyknięciu, jak tej, która stanowi sumę ogólną w gramach salwarsanu, zużytego w ciągu całego leczenia. Spory w tym kierunku jeszcze nie ucichły; zwolennicy dużych dawek na raz (tj. na jedno wstrzyknięcie) podnoszą, że tylko duże dawki są dawkami istotnie leczniczemi, gdy małe nietylko nie zabijają krętków, ale je podrażniają i czynią poniekąd złośliwszemi (Citron); w odpowiedzi na to zwolennicy dawek mniejszych przytaczają fakta, że wprawdzie duże dawki zabijają łatwiej krętki, ale z niemi niestety często i chorego. Zdaje się jednak, że obóz pierwszych maleje, że smutne doświadczenia lat ostatnich nakazują i owym maksymalistom pewną ostrożność, a Scholtz radzi wprost małe a częste dawki. Więcej zgodne i jednolite poglądy napotykamy w piśmiennictwie co do dawki, jakiej należy użyć w sumie na jedno poronne leczenie. Finger uważa za wystarczającą dawkę 4—5 g neosalwarsanu, obok tego 10—12 wstrzyknięć salicylanu rtęciowego, Buschke za średnią skuteczną dawkę ogólną uważa 5 g neosalwarsanu, z tem jednak zastrzeżeniem, że nawet przy poronnem leczeniu wskazane jest powtórzenie tego leczenia (również mieszanego) 2—3 razy w ciągu roku. Hoffmann stosuje 5·8—6 g, przyczem sądzi, że w lues I seronegativa jedno leczenie zupełnie wystarcza. Rost zużywa na jedno leczenie 2,5—3·5 g (berównoczesnego stosowania rtęci), ale to samo leczenie powtarza po 6 tygodniach, bez względu na zachowanie się odczynu Wassermanna. Queyrat i Pinard leczą poronnie, stosując na jedno leczenie 2·6— 3·3 g. Zaczynają od małych dawek, a przechodzą szybko do dawek 0,45 i 0,6. P

miesiącu powtarzają to leczenie czysto salwarsanowe i zaraz potem przechodzą do leczenia rtęcią, stosując znowu dwa leczenia. Lesser, Pollitzer, Brandweiner, Pinkus stosują w leczeniu poronnem tylko salwarsan bez rtęci i wierzą w możliwość wyleczenia jednem leczeniem. Odstępy czasu pomiędzy pojedynczemi wstrzykiwaniami u różnych autorów różne nie mają, zdaje się, większego znaczenia. Większość autorów przyjmuje jako średni odstęp 5–7 dni, rzadziej 3 dni. Niemal wszyscy autorowie kładą wielki nacisk na stałą kontrolę odczynu Wassermanna, nietylko przed rozpoczęciem leczenia i po jego ukończeniu, ale także w ciągu leczenia, by tym sposobem upewnić się, czy leczenie można uważać za pomyślne. Ta kontrola odczynu Wassermanna ma się rozciągać i na najbliższe lata, i to przynajmniej dwa lata. Niektórzy radzą kontrolę z prowokacją salwarsanem.

O ile w ciągu leczenia lub po leczeniu stwierdzi się fazę dodatnią odczynu Wassermanna, należy leczenie uważać za nieudałe, a przypadek traktować tak jak lues I seropositiva lub lues secundaria.

Kiłę drugorzędną, do której zaliczamy obecnie nietylko przypadki z objawami klinicznemi, ale także przypadki z odczynem Wassermanna dodatnim, przyjmując, że krętki rozsiały się już po całym ustroju, leczyć już musimy inaczej. Tu nie można się spodziewać wyleczenia jednem leczeniem, choćby energicznem (chociaż w to w początkach ery salwarsanowej wierzono), ale trzeba zastosować szereg leczeń energicznych, a większość autorów (Buschke, Rost, Almkvist, Arnd, Pinkus, Matzenauer) poleca już teraz leczenie przewlekłe przerywane, czyli wraca do dawnej metody Fourniera i Neissera. Hoffmann wierzy, że i lues I seropositiva jest dostępna leczeniu poronnemu, ale nie leczeniem jednem, tylko conajmniej 2 lub 3 leczeniami, przyczem kładzie wielki nacisk na to, aby każde leczenie było energiczne (8—10 wstrzyknięć salwarsanu lub jego pochodnych w średnich dawkach, 0,45–0,6 na dawkę, obok rtęci) i aby przerwa między pierwszem a drugiem leczeniem nie przekraczała 8 tygodni. Rost i Buschke przyjmują z wielkiemi zastrzeżeniami możliwość rychłego wyleczenia kiły drugorzędnej lub pierwotnej serododatniej. Rost domaga się w tych przypadkach trzech leczeń w roku pierwszym, dwóch w roku drugim, a po jednem leczeniu w roku 3., 4. i 5., razem 7—8 leczeń. Przytem drugie leczenie powinno nastąpić bezwarunkowo w 6 tygodni po pierwszem leczeniu, a trzecie leczenie po 6 miesiącach.

Tego schematu leczenia trzyma się jednak Rost tylko w tych przypadkach, gdy odczyn Wassermanna, przedtem dodatni, zmieni się po pierwszych 2 lub 3 leczeniach w ujemny i stale ujemnym pozostaje, żąda zaś jeszcze energiczniejszego leczenia, gdy zauważy nawrót serologiczny lub kliniczny. Podobnie niedowierzą przebiegowi kiły, nawet przy ujemnych odczynach we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym, Pinkus, a jego sposób leczenia można także nazwać śmiało przewlekłym przerywanym. Wskazań ścisłych, jak leczyć kiłę drugorzędną, nie podaje żaden autor, pozostawiając tę rzecz uznaniu samego praktyka, jego poglądom, doświadczeniu i rozważeniu wszelkich szczegółów klinicznych w każdym przypadku z osobna. To też słusznie zauważa Pinkus, że, jakkolwiek leczenie nasze, oparte na podstawach biologicznych, stało się skuteczniejsze, to jednak nie stało się bynajmniej łatwiejsze. Zdanie to można najzupełniej podzielać, tembardziej, że leczenie nasze obecne nie jest bynajmniej wolne od niespodzianek, niejednokrotnie przykrych i smutnych, wikłających i przebieg samej kiły i przebieg leczenia. Bo bezsprzecznie leczenie salwarsanem i jego pochodnemi stawia nas częściej wobec niespodzianek, niż leczenie rtęcią i jodem. Wydaje nam się, że nie znamy działania rtęci i jodu, że o ich wartości mówi tylko doświadczenie kliniczne, a wmawiamy w siebie równocześnie, że znamy działanie salwarsanu. Być może, że nie umiemy wytłumaczyć sobie działania rtęci i jodu na samą kiłę, ale wiemy przynajmniej, jak one oddziałują na ustrój i tkanki wogóle w kierunku ujemnym, wiemy, na co zwracać uwagę przy ich stosowaniu i czego się wystrzegać, czemu zapobiedz. Co do salwarsanu kierujemy się natomiast ślepą wiarą, że to jest środek bakterjozwrotny, a nigdy narządozwrotny i w imię tej ślepej wiary kruszymy kopje o jego bezwzględną wartość leczniczą, starając się usprawiedliwić każde uboczne jego działanie, każde zatrucie. Salwarsan w pojęciu mojem, to owo pieszczone dziecko, którego każdy błąd usprawiedliwiamy, przed każdym zarzutem bronimy, bo wierzymy tylko w jego wielkie zalety, a wad trzeźwo osądzać nie chcemy. Za rtęcią przemawiają doświadczeń lat długie szeregi, salwarsan znamy zaledwie od lat 12, a jego pochodne krócej. Ale wystarczyłby może przeciąg lat 12, gdyby ocena była i chciała być trzeźwą. Nie leży tu wina w salwarsanie, ale w nas samych. Na szczęście w latach ostatnich zjawiają się coraz częściej głosy trzeźwej krytyki i rozwagi, coraz więcej zyskuje praw przekonanie, że nauka — to postęp i krytyka tego postępu, a nie ślepa wiara w talizmany. A równocześnie zaznacza się zwrot ku tradycji, jako dowód, że nauka — to postęp i tradycja, to dążenie, by w nowem świetle dawne oceniać poglądy. Ta krytyka salwarsanu — to baczne zwrócenie uwagi na jego działania uboczne, to zadanie sobie słusznego pytania, czy, lecząc salwarsanem, leczymy skuteczniej i lepiej, niż dawniej, czy salwarsan jest istotnie ostatniem słowem naszego lecznictwa. I ustala się zwolna przekonanie, że leczenie salwarsanem jest jednak leczeniem wstrząsającem ustrojem ludzkim, że jest leczeniem, które leczy kiłę, ale równocześnie zmienia jej przebieg, że jest leczeniem dla ustroju i jego sił ochronnych nie obojętnem. Z jednej strony nieznana przedtem ilość powtórnych zakażeń, świadcząca o skuteczności tego środka, z drugiej strony zastraszająca częstość kiły układu nerwowego, kiły wczesnej nerwów o zgoła innym przebiegu, wczesnych wiądów rdzenia i porażenia postępującego, zastraszająca ilość żółtaczek o przebiegu złośliwym, złośliwe nieraz nawroty zmian na skórze i t. p.

Pod wpływem energicznego leczenia kiła przybrała jakgdyby szybsze tempo i zatraciła łagodną okresowość. Tu znów zarzut ze strony zwolenników salwarsanu, że przebieg kiły niekorzystny przypisać należy małym dawkom salwarsanu — bo tylko duże działają prawdziwie leczniczo. Pokazuje się jednak, że przypadkom leczonym dużemi dawkami i z niekorzystnym przebiegiem przeciwstawić można przypadki, leczone małemi dawkami, a mimo tego przebiegające korzystnie.

Która teorja jest słuszna, czas pokaże, byleby tylko ocena była spokojna i przedmiotowa. Ogólnie zwraca uwagę fakt, że pewne objawy uboczne w pewnych okresach czasu niezwykle licznie występują. Do takich należą spostrzegane, zwłaszcza w ostatnich czasach, częste, ciężko przebiegające zapalenia skóry i żółtaczki, obok nich żółty zanik wątroby. Zapalenia skóry mniej lub więcej ciężkie, czasem kończące się śmiercią, trudno przypisać czemu innemu, jak tylko salwarsanowi, zwłaszcza jeżeli obok salwarsanu nie stosuje się rtęci. Żółtaczki i ostry żółty zanik wątroby przypisują jedni trującemu działaniu salwarsanu (Arndt, Ravaut), inni kile lub warunkom upośledzonego odżywiania w czasie wojny (Milian, Citron). Zmniejszyła się w okresie leczenia salwarsanem ilość przypadków kiły trzeciorzędnej skóry i błon śluzowych, a że zwiększyła się równocześnie ilość schorzeń układu nerwowego, można w tem upatrywać pewne przedwczesne zniszczenie salwarsanem ochronnych własności skóry (ezofilaksja Hoffmanna). Nieobojętną jest również właściwość salwarsanu pobudzania ukrytych i nieczynnych ognisk chorobowych kiły, czego nie można poczytać za stronę dodatnią, zwłaszcza jeśli chodzi o układ nerwowy. Tu istnieje pewna analogja z gruźlicą, w której tuberkulina podobne ma działanie, ale ta właśnie własność tuberkuliny skłoniła do ostrożnego stosowania jej, jeśli nie do zupełnego zaniechania w celach leczniczych. Jeśli zwolennicy salwarsanu widzą swoiste działanie jego właśnie w tem wykrywaniu i zaostrzaniu się ukrytych i nieczynnych ognisk kiłowych, to są, zdaje się, w błędzie, bo tu działać mogą inne czynniki zgoła nieswoiste, podobnie jak działa obce białko, obca surowica, terpentyna, mleko i t. p. Że nietylko salwarsan, ale i inne środki, stosowane śródmięśniowo lub śródskórnie, mogą przeprowadzić w stan czynny nieczynne chwilowo ogniska kiłowe i wpły-

nąć na zmianę odczynu Wassermanna z ujemnego na dodatni, dowodzą doświadczenia z mlekiem, szczepionką durową, szczepionką przeciwwiewiórową i mirjonem (Kyrle, Finger). Być może, że ostatecznym czynnikiem, ujawniającym owe utajone i nieczynne ogniska chorobowe, jest gorączka ogólna, przekrwienie w ogniskach chorobowych, a przez to leczenie samoistne, wywołane przekrwieniem w myśl teorji zastoinowej Biera. Ten czynnik leczniczy, poniekąd samoobronny ustroju, starają się też wyzyskać ci, którzy, jak Kyrle i Finger, stosują to leczenie równocześnie z leczeniem swoistem dla kiły, z leczeniem salwarsanem, jodem i rtęcią.

Jeżeli, zbierając pokrótce wszystko, cośmy dotąd powiedzieli o współczesnych poglądach na leczenie kiły, porównamy poglądy współczesne z poglądami dawnemi, na innych zasadach opartemi, musimy stwierdzić, że wielkie odkrycia początków XX stulecia pozwoliły nam posunąć się naprzód, i to może znacznie, ale nie wyjaśniły jeszcze wielu tajników, tkwiących w samym ustroju i jego dotąd bliżej nieznanych właściwościach ochronnych. W tym pochodzie naprzód zawracamy niejednokrotnie do tez i pojęć dawnych, szukając dla spostrzeżeń pracownianych poparcia w spostrzeżeniach klinicystów dawnych, spostrzeżeniach, na doświadczeniu opartych.

Dumny i na wielką skalę zakreślony plan »*sterilisatio magna*« kurczy się i maleje pod wpływem faktów, owo »doszczętne wyjałowienie« ustroju zadowala się skromnym terenem *lues primaria seronegativa*, owem leczeniem poronnem, z którego także, jak słusznie zauważa Buschke, »coraz więcej i więcej cząstek się odkrusza«. Poza tym szczupłym terenem pozostaje olbrzymia, przygniatająca swą większością część przypadków, w której o istotnym postępie lecznictwa przeciwkiłowego przecież poważnie mówić nie można. Wszakże poza granicą *lues I seronegativa* (granicą, kto wie, czy istniejącą) leczenie nasze nie zmieniło się prawie zupełnie, a raczej, ściśle mówiąc, w ostatnich latach zawraca do form leczenia dawnych, zbudowanych na doświadczeniu klinicznem. Bo czemże jest nasze leczenie poza ową dowolnie zresztą przyjętą granicą *lues I seronegativa*? Niczem więcej, tylko także leczeniem objawowem lub leczeniem przewlekłem przerywanem. Wszakże objawowo leczą tak ci, którzy za wskazanie do leczenia uważają dodatni odczyn Wassermanna, jak i ci dawni klinicyści, którym wskazaniem do leczenia był wszelki najdrobniejszy objaw kliniczny kiły. Przewlekle z przerwami leczą mimo wszelkich zdobyczy i postępu nauki dzisiaj także ci, którzy, nie widząc ani w ujemnym odczynie Wassermanna we krwi, ani w ujemnych (bo przejściowych) odczynach płynu mózgowo-rdzeniowego zapewnienia, że kiła istotnie wyleczona została, polecają leczenie stałe w pewnych odstępach przez lat 2, 3 lub 4. Analogja zupełna, a nawet proces myślowy i ewolucyjny ten sam. I w erze rtęci i w erze salwarsanu ostatnim etapem w rozwoju lecznictwa było leczenie przewlekłe z przerwami. Etapem, ale nie ostatnim wyrazem, bo i leczenie przewlekłe z przerwami, pozornie najsilniejsze, nie zmniejszyło przypadków metalues, owszem, jak dowiodły statystyki, ilość tych przypadków wzrosła. Czy leczenie przewlekłe przerywane salwarsanem da inne wyniki, za wcześnie o tem wyrokować. I tu i tam musimy brać w rachubę owe »*imponderabilia*«, owe osobnicze właściwości ustroju, do dziś nam niestety, mimo wszystkich zdobyczy naukowych, nieznane.

Jesteśmy widzami wielkiego na tysiącach i setkach tysięcy przeprowadzonego doświadczenia, którego wyniku czekamy z zaciekawieniem, ale skutków jego bynajmniej jeszcze nie znamy. Nie umiem powiedzieć, czy źle, czy dobrze, ale w Polsce jesteśmy raczej widzami, niż eksperymentatorami, bo, o ile mnie wiadomo, żadna klinika ani żaden oddział szpitalny w Polsce nie leczył dotąd całkowicie w duchu tych wskazań, jakie znajdujemy w piśmiennictwie pozakrajowem. Może właśnie z takiego porównania naszego, według obecnych pojęć zupełnie niewystarczającego, a nawet szkodliwego sposobu leczenia, ze sposobami leczenia w Niemczech i Francji tak gorliwie stosowanemi da się w najbliższej przyszłości zestawić statystyka i może będzie miała jakąś wartość przekonywującą.

Na razie nie wydaje mi się, byśmy błądzili. Nie stosusujemy wprawdzie leczenia energicznego i, w myśl przyjętych przez maksymalistów zasad, jak największego dawkowania, nie stosujemy często z powodu warunków od nas niezależnych, nie możemy się pochwalić częstemi wtórnemi zakażeniami, jako dowodem skutecznego leczenia, ale też, o ile wiem, nie obciążamy rubryki »winien« tak częstemi gdzieindziej przypadkami ciężkich neurorecydyw, zapaleń skóry, żółtaczek, żółtych zaników wątroby, wreszcie związanemi z niemi często przypadkami śmierci. Zestawienie dat takich u nas w Polsce, gdzie sposób leczenia jest przecie różny, połowiczny, że tak powiem — stojący na pograniczu »między dawnemi a nowemi laty«, uważałbym za bardzo wskazane i pożyteczne. Takich dat dotąd nie mam, a gdybym je i miał, byłyby one mało przekonywujące, bo zbyt szczupłe i zabarwione poglądem zbyt osobistym. Wydaje mi się, że temat, tak żywo zajmujący umysły badaczy za granicą, a nam zresztą tak dobrze znany, nie jest, jak dotąd, u nas tematem żywotnym. I oto odpowiedź, dlaczego temat ten, może nudny i aż nadto dobrze wszystkim Panom znany, pozwoliłem sobie dziś wobec Panów poruszyć.

W sprawie odpowiedzi doc. Dra Leszczyńskiego w Nr. 43 P. Gazety lekarskiej.

Na odpowiedź Doc. Dra Leszczyńskiego, pomieszczoną w »Polskiej Gazecie lekarskiej« Nr. 43 str. 828 oświadczam:

1) Odnoszę wrażenie, iż praca moja o zastosowaniu autohemoterapji u chorych rakowych, jako środka leczniczego, ogłoszona w r. 1912 w Roczniku lekarskim, w Wiener klin. Wochenschrift, w Centralblatt für innere Medizin, a przytoczona później w podręczniku prof. Nitscha nie była znaną autorowi.

2) Faktem jest, iż wprowadziłem na rok przed Ravaut'em autohemoterapję, jako środek leczniczy w medycynie — a więc prawo pierwszeństwa mnie przypada. Wobec ogłoszenia mej pracy w najpoczytniejszych pismach lekarskich polskich i niemieckich wydaje mi się nie zrozumiałem przemilczenie jej przez innych autorów.

3) Mylne jest przypuszczenie Doc. Dra Leszczyńskiego, abym chciał uzyskać efekt podobny do tego, jaki uzyskujemy np. surowicą przy błonicy, zatem działanie swoiste antytoksyczne. W tym względzie odsyłam Doc. Dra Leszczyńskiego do pierwszej części mej pracy: «Z dziedziny badań nad rakiem«, ogłoszonej w Przeglądzie lekarskim z r. 1912 Nr. 1. i Nr. 2, i w Wiener klin. Woch. r. 1912 Nr. 7, w których zajmowałem się własnościami krwi chorych na raka żołądka, a w których prześwieca myśl, iż przy autohemoterapji rozchodzi się o uczynnianie krwinek czerwonych i komórek nowotworowych. Świadczy o tem końcowy ustęp niniejszej pracy:

»Wogóle na podstawie naszych doświadczeń jesteśmy uprawnieni do następujących wniosków:

1) Krwinki czerwone krwi chorych na raka żołądka, pomimo znacznego ogólnego charłactwa ustroju, wodnistości krwi i bardzo małej ilości hemoglobiny, zawierają stale znacznie więcej ciał białkowatych, strącających się odczynnikiem Uffelmanna, niż krwinki czerwone krwi prawidłowej. Okoliczność ta wskazuje, iż krwinki czerwone krwi chorych na raka żołądka odznaczają się niezwykłą zdolnością pochłaniania i przyswajania istot białkowych, krążących w osoczu krwi, a w danym przypadku najprawdopodobniej wydzielin komórek nowotworowych rakowych, które dostają się do ogólnego krążenia. W miarę coraz większego nagromadzenia się wytworów wydzielniczych komórek nowotworowych rakowych we krwi i coraz większego pochłaniania ich przez krwinki czerwone zmienia się coraz bardziej skład krwinek jakościowo i ilościowo, a tem samem wytwarza się coraz większe charłactwo ustroju.

2) Surowica krwi chorych na raka żołądka działa w małych dawkach niszcząco na krwinki czerwone równoimienne i wywołuje hemolizę, podczas gdy w miarę większych dawek działa coraz mniej szkodliwie, wywołując zrazu tylko pojkilocytozę i w bardzo nieznacznym stopniu hemolizę —

a w wielkich dawkach wytwarza nawet obraz drobnowidowy, zbliżony do stosunków prawidłowych.

3) Surowica krwi chorych na raka żołądka działa w małych dawkach niszcząco na nieopłukane krwinki czerwone krwi prawidłowej i wywołuje hemolizę, a w większych dawkach mniej szkodliwie, wywołując pojkilocytozę bez hemolizy. Natomiast opłukane krwinki czerwone krwi prawidłowej wobec wielkiej ilości surowicy krwi chorych na raka żołądka zachowują się zrazu odpornie i dopiero przy zadziałaniu jej w ciepłocie 37° C. przez dłuższy czas ulegają zupełnej hemolizie«.

4) Ustęp: »Natomiast nie znajdujemy tam uwzględnienia anafilaksji, antianafilaksji, desensybilizacji, ergotropizmu, uczynnienia pierwoszczy. A właśnie na tych pojęciach opiera się leczenie koloidami« nie przesądza sprawy i stanowi tylko czczą grę wyrazów — wobec faktu stwierdzonego, iż pierwszy, bo w r. 1912 — poleciłem autohemoterapję, jako zabieg leczniczy w przypadkach raków daleko posuniętych.

Na tem rzecz kończę — i usuwam się od dalszej polemiki, jako sprawy dla mnie bezprzedmiotowej.

Kraków 28. października 1922.

Prym. *Dr. Krokiewicz Antoni.*

Ponieważ doc. dr. Leszczyński oświadczył, że nie ma zamiaru w sprawie powyższej więcej zabierać głosu, przeto, zgodnie z życzeniem obu stron polemizujących, zamykamy dyskusję obustronną. *Redakcja.*

Oceny i sprawozdania.

E. Lambling. **Précis de Biochemie.** 3 wydanie. Paryż, Masson et Cie, (1921). 723 stron. (27 frc.). Książka E. Lambling'a, profesora Uniwersytetu w Lille, wydana w trzeciem gruntownie uzupełnionem i poprawionem wydaniu, zasługuje z wielu względów na uwagę. Przedewszystkiem jako podręcznik fizjologji chemicznej, w którym czytelnik znajdzie obszerny, jasny wykład tej nauki, napisany nader zajmująco w duchu kierunków i poglądów współczesnych. Opis chemiczny poszczególnych ciał ujęty jest bardzo zwięźle: głównem zadaniem książki jest wykład przemian chemicznych w ustroju, a więc przemiany materji pośredniej i ogólnej, z obszernem uwzględnieniem patologji chemicznej. Książka jest opatrzona obszernym spisem nazwisk autorów, przytoczonych w tekście, brak jednak wykazu piśmiennictwa.

Piśmiennictwo uwzględnione jest mniej więcej do r. 1914, a w niektórych rozdziałach do czasów ostatnich; gdzieindziej zagadnienia są ujęte zupełnie współcześnie, ale w wykładzie niejednokrotnie zwraca uwagę to, że autor nie skorzystał z wielu postępów bardzo doniosłych, zwłaszcza z należących do najnowszego piśmiennictwa angielskiego i amerykańskiego. Pozatem autor uwzględnił piśmiennictwo całego świata, w pełnem zrozumieniu faktu, że ignorowanie jakichkolwiek zdobyczy naukowych mści się zawsze tylko na ignorującym. Rys ten zaznaczamy dlatego, że w nowszych podręcznikach i publikacjach francuskich spotykamy się coraz częściej z pełnem zrozumieniem potrzeby widnokręgu szerszego ku wielkiemu pożytkowi dla nauki francuskiej, gdy natomiast u nas zdarzyło się w ostatnich czasach kilkakrotnie, że proponowano otwarcie zacieśnienie widnokręgu, schlebiające może próżności, ale dla rozwoju nauki naszej wprost zabójcze. Książka Francuza Lamblinga może służyć za przykład, jak można sprawiedliwie uwzględnić zasługi obcych, nie przynosząc zupełnie ujmy piśmiennictwu swojskiemu.

J. Parnas. (Lwów).

Jessner S. **Bartflechten und Flechten im Barte.** Dermatol. Vorträge für Praktiker Heft 10. IV. Aufl. Curt Kabitsch. Leipzig 1922. (Cena 80 M. niem. za broszurę in 8° str. 42). Krótkie podręczniki chorób skórnych i wenerycznych, w formie wykładów klinicznych, przeznaczonych przedewszystkiem dla lekarzy praktyków, oddawna cieszą się wielkiem uznaniem, o czem świadczy pokaźna już liczba wydań. W czwartem wydaniu wykładów o figówce brody przedstawia autor przedewszystkiem postacie figówki, wywołane przez grzybek strzygący, opisując dokładnie obraz kliniczny tego cierpienia. Oprócz postaci figówki powierzchownej i głębokiej, omawia trzecią postać zapalenia mieszkowatego *(Folliculitis trichoph.)*, które, zdaniem autora, zasługuje na szczególną uwagę, przy trwaniu obecnej długoletniej już epidemji tej grzybicy. Szczegółowo omawia dane zapobiegawcze, szczególnie potrzebę higjeny u fryzjerów — jak również i leczenie. Przy głębokich postaciach figówki jest zwolennikiem leczenia chirurgicznego, polecając otwieranie, jednak na niewielkiej przestrzeni ropni i głębokich nacieków przy równoczesnem stosowaniu środków przeciwpasorzytniczych. Omawia bliżej konieczność leczenia promieniami Roentgena, jakoteż swoiste leczenie trichophytiną i ciałami białkowatemi. Programem leczenia skutecznego będzie umiejętne zastosowanie wszystkich tych sposobów leczenia. W dalszej części podaje autor opisy zwykłej figówki *(Sycosis vulgaris s. coccogenes)*, kładąc nacisk na leczenie łagodne, niedrażniące, w przeciwieństwie do leczenia figówki, wywołanej grzybkiem strzygącym. W końcu omawia autor inne cierpienia skórne brody, jak łojotok, wypryski, łuszczyce, rumień liszajowaty itd. i opisy obrazów anatomo-patologicznych i klinicznych są treściwe i jasne, opisy wypróbowanych sposobów leczenia podane są zwięźle a wyczerpująco; lekarz, zapoznając się z opisami Jessnera i stosując się do jego wskazówek, potrafi z pewnością opanować i wyleczyć każdą postać figówki. *F. Walter* (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Münch. med. Wochenschrift N. 41. 1922.

H. Bechhold **Doświadczalne badania na zwierzętach, dotyczące kolloidoterapji.** B. przeprowadza badania nad wpływem wstrzykiwań ciał z grupy białek i połączeń kolloidowych metali na przebieg doświadczalnie wywołanego zakażenia białych myszy prątkiem *b. suisepticus*, uzyskując wyleczenie sprawy zakaźnej przy stosowaniu tych ciał i to głównie przy użyciu kolloidów »pełnych«, jak i olejku terpentynowego. Wobec tego, że białka użyte przez autora nie wykazywały nigdy własności bakterjobójczych ani nie powstrzymywały rozwoju zakażających drobnoustrojów, tłumaczenie ich działania leczniczego nie może polegać na wpływie ciał wstrzykiwanych na same drobnoustroje, lecz wpływ ich polegać musi na działaniu na sam organizm zakażony. Wykluczyć można działanie ich pośrednie drogą wpływu na fagocytozę i przywabianie fagocytów, bo przeczy temu fakt, że leukocytoza, występująca po wstrzyknięciu, znika już po paru dniach, a uzyskane uodpornienie da się wykazać jeszcze po 15 dniach. B. występuje przeciw temu, jakoby źródłem działania przy t. zw. proteinoterapji, były produkty rozpadu białka, bo właśnie one nie doprowadzają nigdy do takiego wyniku leczniczego, jak kolloidy »pełne«, i przeczy on również pojęciu Weichardta »wzmożenia czynności«, odmawiając objawom jej wszelkiego znaczenia przy zwalczaniu ciężkiego zakażenia.

H. Fischer i F. Reindel: **O hematoidynie.** Autorowie poruszają sprawę, czy poza wątrobą mogą powstać barwiki żółciowe wprost z hemoglobiny, co niedawno znowu podniósł Aschoff. Badali oni głównie krystalograficznie materjał wybroczynowy z dawnych krwotoków mózgowych i z torbieli wątrobowych i stwierdzili identyczność kryształków hematoidyny tam znalezionych z kryształkami bilirubiny. Dalej kryształki hematoidyny, uzyskane ze swoich przypadków zapomocą reakcji miedziowej Fischera, przeprowadzali w bilirubinę, wykazując ją spektroskopowo. Z torbieli wątrobowej przez odpowiednie traktowanie uzyskali również kryształki identyczne z metabilirubiną. Na tych badaniach oparci, stwierdzają autorowie, że hemoglobina przez odpowiedni proces rozpadu może przejść w barwiki żółciowe, a tem samem jest możliwe powstanie żółtaczki bez udziału wątroby, jak to świeżo twierdzi Aschoff i jego uczniowie.

G. Giemsa **Hemoterapja kiły zapomocą połączeń bismutowych.** G. przeprowadza badania nad wpływem leczniczym winianu bismutowego na przebieg i wyleczenie kiły zaszczepionej królikom i wykazuje zupełne wyleczenie kiły doświadczalnej u tych zwierząt, tak przy podskórnem jak i śródżylnem zastosowaniu powyższego preparatu. Badania te dowodzą, że połączenia bismutowe mają wybitne działanie prze-

ciwkiłowe i zasługują na szerokie zastosowanie przy leczeniu kiły. In vitro krętki blade są mało czułe na roztwory bardzo rozcieńczone preparatów bizmutu, a giną dopiero w roztworach zawierających 0.07% bizmutu. Dodaje on, że krętki duru powrotnego i trypanosoma-nagana w doświadczeniu u myszy okazały się zupełnie odporne przeciwko działaniu nawet największych dawek winianu bizmutowego.

H. Schotter **Wysoka miejscowa eozynofilja w wysięku opłucnowym po zapaleniu płuc, leczonem optochiną.** W wysięku opłucnowym, który zjawił się u osobnika po zapaleniu płuc leczonem optochiną w 36 dniu choroby, stwierdzono przy badaniu osadu 80% eozynofilów przy 4% eozynofilów we krwi. Zastanawiając się nad genezą tej tak rzadkiej i niezwykłej miejscowej eozynofilji, twierdzi Sch., że optochina zabiła gwałtownie wielką ilość drobnoustrojów w płucach, a produkty ich rozpadu, zamienione w sposób właściwy przez optochinę, zadziałały tu silnie eozynotropowo i dały powód do powstania eozynofilji miejscowej. *Franke* (Lwów).

Patologja i anatomja patologiczna.

Zieglers Beitrage zur path. Anatomie und zur allg. Pathologie. T. 70. Z. 1.

S. Graff **O utlenianiu wewnątrzkomórkowem i o t. zw. »Nadireakcji«.** Jeżeli się zadziała na świeże włókna mięsne prążkowane bezbarwnym roztworem *a-Naphtolu i Dimethyl-p-phenylendiaminu*, po kilku minutach zaczyna mięsień barwić się na niebiesko. Pod mikroskopem widoczne są we włóknach mięsnych drobne ciemno niebieskie ziarenka. Ten sam odczyn, jak w mięśniach, występuje również w nerkach, w wątrobie, w leukocytach, w komórkach zwojowych, słabo zaś w tkance łącznej i glei. Uderzający jest fakt, że mięsień macicy ciężarnej o wiele silniej się barwi, niż mięsień macicy nieciężarnej. By odczyn podany zrozumieć, musi się znać własności chemiczne użytego odczynnika. *Naphtol-a i Dimethyl-p-phenylendiamin* tworzą in vitro w obecności tlenu przez powolne utlenianie błękit indofenolu. Odczyn zatem silniejszy lub też słabszy zależeć będzie od własności utleniających komórki, zatem od nasilenia śródkomórkowej przemiany materji. W skróceniu nazywa autor odczyn opisany »nadireakcją« i bada przy jego pomocy komórki prawidłowe, jakoteż komórki, na które zadziałały czynniki szkodliwe, n. p. środki nasenne, by się przekonać, czy nie zmieniają one własności utleniających komórek. Badania wykazały, że w obecności kwasu pruskiego i aldehydów odczyn jest słaby, alkohole i uretan nie zmieniają odczynu. Czynnikiem przyśpieszającym proces utleniania w komórce są zaczyny oksydazy. Istota tych zaczynów nie jest jeszcze znana; według Warburga znaczenie katalizatora ma tutaj żelazo. »Nadireacja« pozwala zatem wykazać histologicznie różnice czynnościowe komórek zwierzęcych, roślinnych i bakteryjnych w warunkach prawidłowych i patologicznych, a to na podstawie własności utleniających tych komórek.

H. Groll **O zapaleniu i jego stosunku do narządu nerwowego.** W eksperymentalnej pracy stara się autor rozstrzygnąć pytanie, jaki udział w zapaleniu bierze narząd nerwowy, czy rozszerzenie naczyń w zapaleniu zależy od wpływów nerwowych ośrodkowych, czy obwodowych, czy też niezależne jest od nerwów, a przyczyna tkwi tylko w porażeniu elementów kurczliwych ściany naczyniowej. W tym celu badał autor błonę żaby, wywołując na niej zapalenie przed i po przecięciu nerwu kulszowego, i po przeczekaniu, aż ulegnie zwyrodnieniu jego część obwodowa, t. zn. po usunięciu zupełnym wpływów nerwowych. Badania te wykazały, że odczyn zapalny ma zupełnie ten sam przebieg w jednym i w drugim przypadku, zatem, że przekrwienie zapalne jest przekrwieniem porażennem t. j., że czynniki zapalne działają wprost na obwodowy aparat naczynio-ruchowy nerwowo-mięśniowy. Zapatrywania więc niektórych autorów, jakoby sprawa zapalna korzystniej przebiegała po przecięciu nerwów obwodowych lub miejscowem ich znieczuleniu, nie jest uzasadniona.

E. Kirek **O ksantomatycznych nowotworach oraz ich powstawaniu.** Na podstawie własnego materjału oraz piśmiennictwa dochodzi Kirek do wniosku: Pomiędzy rozmaitemi postaciami ksantomatów (guzów żółtych) są także i takie, które należy zaliczać do nowotworów właściwych. Nie stanowią one jednak odrębnego rodzaju nowotworów, tylko powstają w ten sposób, że w jakimkolwiek nowotworze, często w mięsakach olbrzymiokomórkowych, komórki ulegają przemianie ksantomatycznej t. zn. odkładają się w nich ciała tłuszczowate (lipoidy), zamieniając je w komórki piankowate. Zmiana ta występuje przy ogólnej nieprawidłowej przemianie cholestearyny w organizmie, a sprzyjają jej warunki miejscowe, jak zastój limfy. W ten sposób pochodzenie rozmaitych postaci ksantomatów byłoby jednolite. Sam autor miał sposobność badać dwa takie guzy o budowie torbielowatej, w których komórki ksantomatyczne wypełniały torbiele i pochodziły ze złuszczonych śródbłonków nowotworowo wybujałych i torbielowato rozszerzonych naczyń chłonnych.

N. Paus **O nowotworach mieszanych t. j. o t. zw. potworniakach twarzy.** Sprawa pochodzenia i budowy histologicznej nowotworów mieszanych, t. z. »teratoma«, wychodzących z okolicy twarzy, i to z gruczołów przyusznych, podszczękowych, warg, podniebienia i szczęki, do dziś dnia nie jest jeszcze rozstrzygnięta. Autor miał sposobność badania 76 takich guzów, z których największa część, mianowicie 51, wychodziła z okolicy gruczołu przyusznego. Są to guzy przeważnie o charakterze dobrotliwym, mogą jednak i przechodzić w bujanie złośliwe. Dobrotliwe łatwo dają się wyłuszczać, jednak dość często tworzą nawroty, według zestawień autora w 53% przypadkach, z tego w 24% złośliwie. Z tej statystyki wynika, że nawroty są częste, jak wogóle, według doświadczeń autora, guzy same przechodziłyby częściej w bujanie złośliwe, gdyby ich przedtem nie usuwano. Dlatego powinno się jak najprędzej usuwać sam guz, a także jego nawroty. Histologicznie guzy składają się z podścieliska, które stanowi tkanka łączna, śluzowa, tłuszczowa, kostna i limfatyczna, i z miąższu, którego komórki przypominają raz przybłonki, w innych przypadkach śródbłonki naczyń. Według autora mamy tu do czynienia z przybłonkami płaskiemi lub też gruczołowemi. Guzy powstają z niezróżnicowanych, w rozwoju zatrzymanych komórek z okolicy embrjonalnych łuków skrzelowych.

K. Krause **O miażdżycy tętnic u woła, konia i psa.** W pierwszej części swej obszernej pracy przytacza autor piśmiennictwo, dotyczące miażdżycy tętnic u zwierząt, oraz porównawcze u ludzi i zwierząt. Druga część obejmuje własne badania, naprzód nad prawidłową budową aorty u zwierząt, następnie nad aortą miażdżycowo zmienioną u wołów, koni i psów. Wyniki badań makroskopowych, zestawione u tych 3 gatunków zwierząt, okazują wiele wspólnego. Zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej przywiązane są do pewnego wieku i mają wyraźny charakter starczy. Pierwsze zmiany występują pod postacią zgrubień łącznotkankowych w błonie wewnętrznej tętnicy głównej brzusznej, które jednak nie są zmianami pierwotnemi, tylko stanowią odczyn na zmiany wsteczne starcze w błonie środkowej, we włóknach mięsnych i sprężystych, zmiany te mają zatem charakter odnowy. W zgrubieniach tych przychodzi już wcześnie do nowotworzenia się włókien sprężystych i do odkładania się pomiędzy włókienkami obfitych kuleczek tłuszczu. Kuleczki tłuszczu spotykamy również w zwyrodniałej błonie środkowej, w której następnie odkładają się złogi wapna, szczególnie obficie u woła, następnie u konia. U psa brak wapnienia. Podnieść należy zupełny brak zmian zapalnych, więc proces o charakterze zwyrodnienia i odnowy, następnie brak objawów klinicznych.

W ostatniej części porównuje autor zmiany analogiczne u zwierząt z miażdżycą tętnic u człowieka. U człowieka sprawa miażdżycowa zaczyna się w błonie wewnętrznej i to, według jednych autorów, odkładaniem się mas tłuszczowych, według innych bujaniem tkanki łącznej, w której następowo odkładają się ciała tłuszczowe. U zwierząt sprawa zaczyna się w błonie środkowej i z niej przechodzi na błonę wewnętrzną, zmiany tłuszczowe albo nie pojawiają się, albo są zmianą następczą. Rozpad tłuszczowy i ubytki miażdżycowe, należące do obrazu miażdżycy u ludzi, u zwierząt nigdy nie pojawiają się. Dalsza różnica leży w umiejscowieniu sprawy; o ile

u zwierząt zaczyna się sprawa miażdżycowa w tętnicy głównej brzusznej, i stąd posuwa się ku górze, a w tętnicach obwodowych nie występuje, u człowieka zaczyna się w piersiowej, może mieć charakter ogólny i daje wybitne zmiany kliniczne.

W. Adrian. **Przyczynek do etjologji przerostu gruczołu krokowego.** Najważniejsze 3 teorje, dotyczące przerostu gruczołu krokowego, są następujące.

1) Przerost gruczołu krokowego jest następstwem miażdżycy tętnic narządu moczowego (Guyon, Launois).

2) Przerost powstaje na tle zapalnym, często rzerzączkowem (Ciechanowski, Rotschild).

3) Przerost uważać należy za sprawę nowotworową. (Casper, Tandler, Zuckerkandl).

Na podstawie własnych badań przychodzi A. do wniosku, że przerost gruczołu krokowego jest następstwem zmian miażdżycowych, dotyczących tylko pewnych gałązek naczyń gruczołu krokowego. Prawidłowy gruczoł krokowy posiada dwie warstwy gruczołów, warstwę zewnętrzną i wewnętrzną, leżącą wśród mięśni i otaczającą moczowód. Warstwy te zaopatrywane są przez odrębne gałązki naczyniowe, lepiej warstwa wewnętrzna, której gałązki komunikują z naczyniami pęcherza. Według autora miażdżycy ulegają przedewszystkiem gałązki odżywiające warstwę zewnętrzną, wskutek czego ta ostatnia ulega zanikowi, warstwa zaś wewnętrzna gruczołów w następstwie tego rozrostowi z powodu zaburzeń w równowadze wzrostu. Zmiany zapalne są tylko następstwem zabiegów leczniczych. *H. Schusterówna* (Lwów).

Medycyna sądowa.

Deutsche Zeitschrift f. d. ges. gerichtl. Medizin. T. I. Z. 2. 1922.

Walz. **Stężenie trupie i jego wartość dla oznaczenia czasu, jaki upłynął od chwili śmierci.** Autor wspomina o warunkach, jakie mogą przedłużać znacznie stężenie pośmiertne a tem samem być powodem w pewnych przypadkach nieodpowiedniego oceniania czasu, jaki upłynął od chwili śmierci. W. przytacza bardzo ciekawy przypadek z własnej praktyki, w którym stwierdził przy exhumacji zwłok, jeszcze w 9 tygodniu po śmierci, wyraźne stężenie pośmiertne w kończynach dolnych, mimo dość daleko posuniętego rozkładu zwłok.

Gruber. **Rany postrzałowe serca bez naruszenia ciągłości worka osierdziowego.** Autor przypomina, że rany postrzałowe serca bez uszkodzenia ciągłości worka osierdziowego są nader rzadkie. G. skreśla dwa przypadki postrzału serca bez naruszenia ciągłości worka osierdziowego, które miał sposobność sekcjonować. W pierwszym przypadku rana była nad komorą lewą i miała 3 mm głębokości. Worek osierdziowy, w miejscu odpowiadającem ranie serca, wykazywał tylko płaskie podbiegnięcie krwawe. W drugim przypadku obraz anatomiczny był podobny. Autor sądzi, że podobne postrzały serca zawdzięczają powstanie słabej sile propulzywnej pocisku i sprężystości worka osierdziowego, który może pocisk podchwycić. Nie bez znaczenia w podobnych przypadkach ma być to, czy pocisk trafia serce w chwili skurczu, czy też rozkurczu, jak również zachowanie się płuc w chwili zranienia.

T. I. Z. 4. 1922.

Lipich. **Spalanie zwłok a wykazanie ciał trujących. Wyjałowienie zwłok, które mają być poddane badaniu chemicznemu.** W przypadkach, w których zwłoki mają być poddane spaleniu a zachodzi podejrzenie o otrucie, najlepiej jest przechować odpowiednie części narządów, które zwykle badaniu podlegają, i zachować je w stanie wyjałowionym. 1—3 godz. ogrzewanie w odpowiednich słojach do ciepłoty 90—100 C, zachowuje bardzo dobrze materjał a przytem nie niszczy ciał trujących tak pochodzenia organicznego, jak i nieorganicznego. Fosfor, alkohol etylowy i metylowy, anilina, veronal, w podobny sposób przechowane, dają się jeszcze wykryć z łatwością po 2 latach. Również morfina i atropina zachowują w materjale wyjałowionym długi czas swe własności chemiczne i fizjologiczne. Kokaina, formalina, chloralhydrat i chloroform znoszą wyjaławianie gorzej i trudniej dają się następnie wykryć. Autor proponuje, by już dziś przesyłano części zwłok do badania chemicznego zachowane zapomocą wyjaławienia, gdyż ta metoda przewyższa wszystkie inne sposoby a zwłaszcza dodawanie środków przeciwgnilnych.

T. I. Z. 5 1922.

Peine. **Zbrodnicze skłonności u osobników neuropatycznych.** Uczucie pewnej słabości w stosunku do wymagań życiowych, uczucie zmniejszonej wartościowości w kierunku fizycznym, czy też intelektualnem, jakie spotyka się u ludzi neuropatycznych, prowadzi często do kompenzacji lub hyperkompenzacji, które znów ze swej strony wyładowują się w niewłaściwym kierunku i w niewłaściwy sposób. U neuropatów, starających się skompenzować swoje poczucie mniejszej wartościowości, występują często czyny prowadzące do przestępstwa. Chęć wykazania swej siły celem wyrównania uczucia niemocy prowadzi nieraz do uszkodzeń cielesnych, uszkodzeń cudzej własności, obrazy słownej i t. d. Znane są również przypadki, w których występowały nawet objawy sadyzmu, mające swe źródło nie w zboczeniu płciowem a w chęci skompenzowania podmiotowego uczucia niemocy płciowej. Osobniki neuropatyczne mogą wykonać również jakiś czyn karygodny, by się uwolnić od nieprzyjemnego uczucia winy urojonej. Wedle autora cały szereg neuropatów odznacza się t. zw. »negatywizmem«, który, związując wolę neuropatów ciągłem poczuciem słabości, niedozwala im na wykonanie zamierzonego czynu. Negatywizm neuropatów może również prowadzić do kompenzacji i hyperkompenzacji a w następstwie i do czynów przestępczych.

T. I. Z. 7 1922.

J. Kenneweg. **Zmiany w nerkach przy zatruciu gazem świetlnym.** Śledziona i nerki są temi narządami ustroju, które przy zatruciu gazem świetlnym były dotychczas stosunkowo mało badane. Autor miał sposobność przeprowadzić swoje badania na dość obfitym materjale, a badania te dały następujące wyniki: przy ostrych zatruciach gazem świetlnym występują w nerce głównie zmiany w kłębuszkach i to w postaci zwyrodnienia śmego. Zwyrodnienie powstaje albo wskutek odciągnięcia tlenu od tkanki lub też dzięki bezpośredniemu zadziałanin tlenku węgla na kłębuszki nerek. Zatrucie tlenkiem węgla, tak ostre jak i podostre, nie wywołuje zresztą żadnych znaczniejszych zmian w nerce, z wyjątkiem tych przypadków, w których wskutek następowych powikłań występnją schorzenia, mogące już same przez się wywoływać zmiany w nerkach.

Fischer. **Zatrucia połączeniami fluoru.** Zatrucia połączeniami fluoru są bardzo rzadkie. Sekcyjnie zatrucia połączeniami fluoru wykazują wyraźne zmiany na błonach śluzowych przewodu pokarmowego i tem się różnią od obrazu anatomicznego przy zatruciu arsenem, że wykazują znaczniejszą domieszkę krwi aniżeli arsen. Wobec tego, że w ostatnich czasach zaczęto używać połączeń fluoru przy tępieniu szczurów, autor zwraca uwagę na możliwość obecnie częstszego wystąpienia podobnych zatruć.

T. I. Z. 9. 1922.

Wolff. **O działaniu soli barowych na organizm ludzki.** Zatrucia solami barowemi są nader rzadkie; autor miał sposobność sekcjonować 3 przypadki zatrucia solami barowemi. We wszystkich tych trzech przypadkach stwierdził znaczne przekrwienie błony śluzowej przewodu pokarmowego i w ogóle obraz anatomiczny, jaki można stwierdzić również i przy zatruciu arsenem, fluorem, bromem itd. Dawka śmiertelna soli barowych waha się od 0,2—4 gr. Klinicznie występują przedewszystkiem objawy związane z porażeniem mięśni gładkich i układu nerwowego. Biegunka, wymioty, zaburzenia w narządzie krążenia, a przedewszystkiem porażenie mające najczęściej typ wstępujący.

Fujiwara-Kyoytsuro. **Białko ścięte, jako praecipitynogen.** Celem uzyskania wysokowartościowej surowicy używał F. białka ściętego. Surowicę świeżej krwi ludzkiej rozcieńczał dziesięciokrotnie wodą przekroploną, dodawał $^1/_5$ część nasyconego roztworu soli kuchennej i kilka kropel kwasu octowego, po zagotowaniu zbierał na sączku strąt i wysuszał. Następnie w ten sposób przygotowany materjał przechowy-

wał w toluolu. W razie potrzeby rozciera autor 0,02 gr tak przechowanego białka z 2 cm fizjologicznego rozczynu i wstrzykuje śródżylnie królikowi. Po kilku takich wstrzykiwaniach w odpowiednich odstępach czasu uzyskuje się surowicę której miano waha się od 1 : 20.000 do 1 : 50.000. Metoda ta zużywa bardzo mało antigenu i antigen można dowolnie długo przechować.

Neureiter. **Zatrucie fizostygminą.** Autor omawia przypadek zatrucia fizostygminą, który miał sposobność sekcjonować. Sekcja wykazała bardzo znaczny obrzęk mózgu, silne przekrwienie płuc i rozszerzenie komór sercowych. Badanie chemiczne na obecność fizostygminy wykazało fizostygminę we wszystkich narządach. W moczu fizostyg. nie stwierdzono, co tłumaczy autor tem, że w przypadku powyższym została wprowadzoną do organizmu tak znaczna ilość fizostygminy, że poraziła ona układ nerwowy prędzej, aniżeli mogła się ona wydzielić z moczem do pęcherza. *Siengalewicz* (Lwów).

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Nowiny lekarskie N. 11: S. Borowiecki: Spostrzeżenia i uwagi w sprawie choroby Alzheimer'a i ograniczonego starczego zaniku mózgu Picka. — T. Łapiński: Badania doświadczalne nad powstawaniem złudzeń. — K. Zieliński: Kilka uwag z powodu przypadku martwicy wyrostka robaczkowego, samoistnie wydalonego przez kiszkę stolcową. — B. Kowalski: O zapaleniu przydatków (dokończenie). — K. Nowakowski: Błędy w leczeniu złamań kości promieniowej. — Z. Dziembowski: O chorobie Hirschsprunga.

Zdrowie N. 10: W. Gawłowski: Domy ludowe i ich znaczenie pod względem higjeniczno-społecznym. — Szcz. Mikołajski: Stan obecny walki z alkoholizmem.

Przegląd Epidemjologiczny T. II. zesz. 2: L. Hirszfeld i J. Seyde: O własnościach zlepnych szczepów durowych, rzekomodurowych i szczepów odmieńca. — H. Sparrow: Badania doświadczalne nad durem plamistym. — Z. Szymanowski i L. Szereszewski: Przyczynek do zmienności bakteryj czerwonkowych. — W. Filiński: W sprawie ziarnistych i odłamkowych postaci laseczników gruźliczych i w sprawie sposobu ich barwienia. — M. Landsberg: Opadanie krwinek a crise hèmoclasique. — E. Helmanowa: Wpływ pochodnych arsenobenzolu na krzepliwość krwi. — L. Kopciowska: O odczynach Widala i Weila-Felixa w durze powrotnym. — S. Sierakowski: O uodpornianiu drogą pokarmową.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Akademja nauk lekarskich w Warszawie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 5. listopada 1922.

St. K. Pieńkowski. **Zaburzenia psychiczne przy nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu** (*encephalitis epidemica lethargica*). Badania P. obejmują około 200 przypadków z kliniki neurologiczno-psychjatrycznej krakowskiego Uniwersytetu (dyrektor prof. Piltz) i prywatnej praktyki. Według tych badań zaburzenia psychiczne w śpiączce nagminnej są objawem stałym i pojawiają się we wszystkich jej okresach. W okresach ostrych nadają charakter obrazom klinicznym głównie dwa stany: »bredzenie« (delirium) i »otrętwienie« (stupor). W dalszych okresach bredzenie ma skłonność do znikania, otrętwienie do wzmagania się. »Letarg« okresu ostrego jest pojęciem zbiorowem, złożonem z 1) właściwej senności, jako objawu fizycznego, zależnego od zaburzeń toksyczno-zakaźnych, 2) przymroczenia świadomości, jako składnika bredzenia, 3) właściwego otrętwienia; w dalszych okresach znikają z obrazu »letargu« dwa pierwsze składniki, a pozostaje otrętwienie właściwe. W przewlekłych czy następowych okresach śpiączki nagminnej spotyka się stale zaburzenia psychiczne, prawie zawsze w postaci zmian charakteru, o różnym tylko stopniu. Znamiennemi cechami zaburzeń psychicznych w śpiączce nagminnej są: silne zaznaczanie się otrętwienia, fazowy przebieg zaburzeń, zejście w zmiany charakteru. Najczęstsze stany nerwowe następowe śpiączki nagminnej, zwane parkinsonizmem, charakteryzują się rozkojarzeniem (dissociatio) w zakresie układu wegetatywnego i ruchów wyrazowych, a stany psychiczne rozkojarzeniem w zakresie afektów i popędów z jednej, a intelektu z drugiej strony. Zaburzenia psychiczne w późnych okresach śpiączki nagminnej mają wiele podobieństwa do objawów przy wszelkich innych chorobach nerwowych, znamionujących się przypadami o typie pozapiramidowym.

Messing. **O rozszczepieniu odruchów przedsionkowo-gałkoruchowych.** Z badań wykonanych w klinice neurologicznej uniw. warszawskiego (dyr. prof. Orzechowski) doszedł M. do wniosku, że badanie zachowania się zbaczania gałek ocznych przy próbach przedsionkowych może w pewnych przypadkach ułatwić wniknięcie w szczegóły porażeń rozszczepionych powolnej składowej drżenia oczu (nystagmus), z czem mogłyby pozostawać w związku wtórne nietypowości drżenia oczu (szybkiej składowej). Nadto próba ta pozwala często rozróżnić porażenie nerwów gałkoruchowych jądrowe lub obwodowe od skojarzonych i dlatego należy stosować ją systematycznie. W innych przypadkach można też rozstrzygnąć, że drżenie oczu jest tylko porażnego pochodzenia.

Szczepański i Węgiełko. **O liczbie jodowej w moczu.** (Z I. Kliniki chorób wewnętrznych Uniw. warszawskiego, dyr. prof. Gluziński). Wszystkie bez wyjątku mocze mają własność chłonięcia jodu. Liczba jodowa jest inna w moczach świeżo oddanych, a inna w moczach, pozostających czas pewien w naczyniu. Pozostaje ona zwykle w prostym stosunku do ciężaru właściwego moczu. Jod chłonie w moczu rozmaite związki, bliżej dotąd nieznane; prawdopodobnie są to barwiki moczu i kwasy oksyproteinowe. Określanie liczby jodowej w moczu niema, jak dotąd, praktycznego zastosowania w klinice.

Jarkowski. **W sprawie rozpoznawania i lokalizacji nowotworów uciskających rdzeń kręgowy.** Według badań w klinice Babińskiego ma w ogólnem rozpoznawaniu nowotworów uciskających rdzeń nader ważne znaczenie znajomość typu porażenia poprzecznego, wyodrębnionego przez Babińskiego (paraplégie en flexion) oraz zmienność niektórych zaburzeń (zmienność natężenia ruchów obronnych, zniesczulenie »niestałe«, w pewnym stopniu niestałość objawów porażnych), dalej powolny rozwój cierpienia, początkowe bóle korzonkowe jednostronne, wykluczenie innych spraw (ujemny wynik radiografji i odczynu Wassermanna), uwzględnienie wzajemnego stosunku granicy zaburzeń czucia i granicy odruchów obronnych.

Łuckie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 29. września 1922 r.

Przewodniczy: Kol. Fr. Miłaszewski; obecnych 14.

1. Kol. Wojnicz powtórnie przedstawił chorą z poprzedniego posiedzenia, u której po operacji zapalenia ropnego przymacicza **wypadła trąbka maciczna.** Obecnie blizna wązka i mocna, przy kaszlu nie wypina się i przy badaniu dwuręcznem stwierdzono, że trąbka maciczna odeszła na miejsce.

2. Kol. Miłaszewski zawiadamia o **projekcie otwarcia w Łucku ambulatorjum Czerw. Krzyża,** następnie odczytuje pismo Związku Ofic. Rez. w sprawie udzielania pomocy lekarskiej po zniżonej cenie. Zgromadzenie postanowiło, żeby wszyscy lekarze Łuckiego Towarzystwa leczyli członków Zw. Of. Rez. i ich rodziny o 50% niżej od zwykłej opłaty.

3. Kol. Bejlin poruszył sprawę **podatku od dochodu z praktyki lekarskiej,** uważając wyznaczony podatek za wygórowany. Uchwalono wysłać przedstawicieli do komisji podatkowej: kol. Bejlina i Rafałowskiego.

4. Kol. Jasiński odczytał orzeczenie Komisji, składającej się z kol. Jasińskiego (prezes), Kubaszewskiego i Gąski (członkowie), w sprawie zarzutów natury etycznej, czynionych przez kol. Bejlina kol. Rafałowskiemu. Kol. Rafałowski niezadowolony z orzeczenia, zażądał sądu koleżeńskiego. W skład sądu weszli kol. Ziembiński (przewodniczący), Radwański i Jasiński (członkowie). *A. Wojnicz,* sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 3. października 1922. r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

1. Kol. K. Zieliński przedstawił chorego z **nowotworem śródpiersia.** Nowotwór dotyczy S. J., kontrolera tramwajowego, lat 65, do niedawna zupełnie zdrowego, z sinicą i obrzękiem górnej połowy ciała jedynie i głównie klatki piersiowej, oraz z silnem rozszerzeniem systemu żylnego podskórnego na plecach i piersiach, w postaci licznych mniej lub więcej widocznych ponad skórę występujących rozgałęzień żylnych. Objawy powyższe rozwinęły się w ciągu 7-miu tygodni. Z początku obrzęk był wybitniejszy po stronie prawej na szyi, nad i pod obojczykiem, jak również na powiekach górnych, później rozszerzył się na całą górną połowę ciała wraz z kończynami górnemi. Chory nie gorączkował, nie kaszlał, w moczu cukru ani białka nie znaleziono, we krwi znaleziono zaledwie 1% eozynofilów. Próba Wassermanna dała wynik ujemny. Na rentgenogramie widać zaciemnienie w okolicy szczytu prawego płuca pod obojczykiem i pod górną częścią mostka, oraz nieznaczne równomierne rozszerzenie łuku tętnicy głównej. Obecnie chory nie skarży się na nic, przedtem doświadczał nieco bólu w piersiach i w kończynie górnej prawej. Pokarmy przełyka dobrze, ze strony płuc objawów chorobowych nie ma, u wierzchołka serca stwierdzić można lekki szmer skurczowy. W krtani zaczerwienienie zastoinowe błony śluzowej równomierne, nagłośnia ku tyłowi nieco przechylona i mało ruchoma. Gruczoły chłonne pod pachą z obu stron nieco powiększone. Zieliński rozpoznaje szybko rosnący nowotwór, uciskający na górną żyłę główną w górnej części śródpiersia; wyklucza zaś zakrzep żylny, sprawy zapalne w gruczołach, jak również i gruźlicę ze względu na brak zupełny objawów gorączkowych.

W dyskusji Starkiewicz Wł. przypomina, że przed wojną opisał kilka takich przypadków, gdzie był ucisk na żyłę główną

W danym przypadku obok nowotworu bierze pod uwagę możliwość rozszerzenia tętnicy głównej, obecność gruczołów śródpiersia. Prof. Sokołowski zaznacza, że widział wiele przypadków nowotworów płuc. Przedstawiony przypadek odbiega od typu widzianych nowotworów. Całokształt przemawia przeciw tętniakowi tętnicy głównej, wychudzenie ogólne więcej przemawia za nowotworem. Landau przypuszcza możliwość zapalenia ściany wewnętrznej żył i utworzenia się zakrzepu.

2. A. Landau wygłosił rzecz pt. **O mniej znanych i nieznanych objawach duru brzusznego** (ukaże się w druku w Polskiej Gazecie Lekarskiej).

W dyskusji Karwacki L. podkreśla, że odczyn skórny występuje w durze brzusznym dopiero w okresie zdrowienia, a zatem nie może mieć znaczenia rozpoznawczego. Stężone jady, o których wspominał prelegent, zacierają swoistość odczynu. Zajęcie szpiku kostnego spotyka się w najróżnorodniejszych posocznicach. Bolesność przy opukiwaniu goleni Karwacki stwierdzał w grypie. Objaw bolesności goleni, jeżeli nie uwzględniać całości obrazu, sam przez się rozpoznawcaego znaczenia nie ma. Starkiewicz W. uważa, że wrażliwość kości może zależeć od zmian w kościach, jakie spotykano w ostatnich latach i stanowi, być może, właściwość danej epidemji. Z innych objawów klinicznych, o których mowca nie mówił, Starkiewicz wspomina o powiększeniu wątroby i przesunięciu górnej granicy wątroby ku górze po l. łopatkowej (objaw Lesieur'a).

Sterling widywał bolesność piszczelową, jako pospolite zjawisko w krwawej biegunce. Z tego względu bolesność ta znaczenia rozpoznawczego mieć nie może. Nadczułość skóry jest objawem raczej rzadkim, niż częstym, dlatego też przy rozpoznawaniu nie może być brana pod uwagę. Były robione również proby z wyciągami z prątków durowych, wyskokowe i acetonowe, ale bez wartości pod względem rozpoznawczym.

Prof. Gluziński podnosi na pierwszy plan objawy, na które nie zwracano uwagi, a mianowicie objawy oczne. O swoistości objawów kostnych nie można mówić, gdyż między innemi cierpieniami spotykają się one w pięciodniówce. W durze brzusznym dochodzi do znacznych zmian w szpiku kostnym. W 2 przypadkach spostrzeganych przez prof. G. doszło do operacji, ropienia nie znaleziono, wyhodowano ze szpiku kostnego prątki Eberta. Nadczułości skóry prof. G. nie przypisywałby dużej wagi, ze względu na ogólną wrażliwość chorych. W odpowiedzi Landau wyjaśnia, że objaw piszczelowy uzupełnia pewną lukę kliniczną. Występuje on nie tylko w durze, ale charakter bolesności piszczeli jest odmienny, niż w innych cierpieniach. W durze brzusznym musimy opukiwać bardzo delikatnie, aby wywołać ból; w innych cierpieniach bóle są w całych piszczelach. Nadczułości skóry L. nie może lekceważyć, gdyż spotykał ją w pewnym odsetku ciężkich postaci duru brzusznego.

3. J. Held (jako gość), wygłosił rzecz pt. »**O wpływie proteinoterapji na hematologję i przebieg duru brzusznego**« (ukaże się w druku w P. G. L.).

Prof. Gluziński spostrzegał leukopenję w 2 tygodniu duru brzusznego. Ze stopnia leukopenji nie można wnioskować o rokowaniu. W okresie zdrowienia leukopenja trwa przez długi czas, którego nie udało się określić, gdyż chorzy, wypisawszy się z kliniki, nie zgłaszali się do badania. Proteinoterapja — nowa nazwa starego dawno stosowanego leczenia. Dr. Jeż ogłosił leczenie wyciągami wątroby, śledziony. Landau stwierdza, że pod wpływem proteinoterapji zmienia się formuła hematologiczna. Rodzaj białka wziętego do zastrzykiwania ma swoje znaczenie, jak wykazały badania mowcy z surowicą końską i z mlekiem. L. podczas spostrzeganej epidemji duru brzusznego znajdował leukopenję już w pierwszych dniach choroby, około 4—5 tysięcy białych ciałek w 1 mm³. L. zgadza się, że leukopenja nie daje wskazówek co do rokowania, jednak spotykał ją w ciężkich przypadkach zatrucia bakteryjnego. Karwacki uważa, że trudno wyjaśnić, w jakim stosunku stoi leukopenja do krwotoku kiszkowego, do pęknięcia jelita, jak również trudno jest zrozumieć związek pomiędzy odczynem skórnym a pęknięciem jelita na miejscu owrzodzenia. Kopytowski zastrzykiwał mleko w chorobach skórnych i nie widział dodatnich wyników. K. stwierdził, że zastrzykiwanie serwatki wywołuje taki sam odczyn organizmu, jak i zastrzyknięcie mleka. Landsberg (gość), wyjaśnia, że leukocytoza po zastrzyknięciu mleka nie mówi o działaniu szpiku kostnego, ponieważ może zależeć od rozmieszczenia białych ciałek w organizmie. Badania wykazały, że we wstrząsie posurowiczym lekkim w naczyniach włosowatych skóry spotyka się leukopenję, w naczyniach zaś narządów wewnętrznych leukocytozę.

W odpowiedzi Held przytacza badania, które wykazały, że we krwi występowały nawet po zastrzyknięciu mleka myelocyty, co przemawia za wzmożoną czynnością szpiku kostnego.

Posiedzenie ogólne w dniu 17 października 1922 r.

Przewodniczy Prof. A. Gluziński.

1. Kiełkiewicz przedstawia a) dwóch chorych **operowanych, jeden z powodu bolesnego zapalenia nerek; drugi z powodu krwotocznego zapalenia nerek**. Oba przypadki pod względem anatomo-patologicznym niczem się nie różnią, natomiast klinicznie dają zupełnie inne objawy. Pierwszy przypadek dotyczy chorego lat 28, który przed 14 laty miewał napady bólów w okolicy lędźwiowej prawej, od bólów nie był nigdy wolny. W dzieciństwie nie chorował, kiły nie przechodził. W narządach wewnętrznych zmian klinicznych nie stwierdzono, pewna wrażliwość przy głębokiem obmacywaniu okolicy prawej nerki. Pojemność pęcherza normalna. Drogi nasienne normalne. Badanie promieniami Roentgena nerki prawej dało wynik ujemny. Czynność nerki prawej upośledzona (*chromocystoscopia*). Badanie moczu, zebranego oddzielnie z każdej nerki, stwierdza upośledzenie czynności nerki prawej. Dnia 13. IX. r. b. wykonano lumbotomję. Dostęp do nerki trudny — cała nerka w zrostach, z trudem uwolniono oba bieguny. Miedniczka i moczowód normalne. Usunięto torebkę właściwą nerki (decapsulatio) i wycięto kawałek nerki do badania anatomopatologicznego. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Bóle ustały. Chory szybko powrócił do zupełnego zdrowia. Badanie anatomopatologiczne, wykonane przez kol. Dąbrowską, stwierdziło: ogniskowe śródmiąższowe zapalenie nerek.

Drugi przypadek dotyczy chorego lat 55, który w ciągu 3 miesięcy krwawił z pęcherza — krwiomocz całkowity. Poza tem żadnych innych dolegliwości nie miał. Przed tem nigdy nie chorował. W narządach wewnętrznych żadnych zmian klinicznych nie stwierdzono. Za pomocą cystoskopji stwierdzono krwawienie z nerki lewej. Badanie roentgenowskie dało wynik ujemny. W moczu prócz krwi żadnych chorobowych składników nie stwierdzono. Czynność nerki lewej upośledzona (chromocystoscopia). Po wyłączeniu kamicy, gruźlicy i nowotworu ustalono rozpoznanie: zapalenie nerki krwotoczne. W celach leczniczych przystąpiono 9. IX. r. b. do operacji (nephrotomia). Dostęp do nerki łatwy. Nerka na powierzchni normalna. Do nerki założono sączek. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Krwawienie ustało na 3-ci dzień. Chory szybko powrócił do zupełnego zdrowia. Badanie anatomopatologiczne wykonane przez kol. Paszkiewicza stwierdziło: ogniskowe śródmiąższowe zapalenie nerek. Zapalenie nerek bolesne, jak również zapalenie nerek krwotoczne, zaliczyć należy do cierpień rzadko spotykanych i zazwyczaj nierozpoznawanych. Do rozpoznania dochodzi się drogą wyłączania. Charakterystyczną cechą obu cierpień jest jednostronność. Jedynym objawem w pierwszem cierpieniu jest ból, w drugiem — krew w moczu.

2) Kiełkiewicz przedstawia chorego, u którego rozpoznaje **lymphangioma diffusum**. Od kilku lat co jakiś czas na skórze moszny ukazują się u chorego pęcherzyki. Pęcherzyki te pękają i wtedy jak gdyby z małych przetok wydziela się w ogromnej ilości mleczny płyn (2—3 litry na dobę). Ostatnio stan taki trwa już 5 tygodni. Płyn ten zawiera niewielką ilość ciałek ropnych. Skóra na prąciu i mosznie obrzęknięta, podobna do słoniowatej.

Prof. Kryński zauważył, że mówca nie wspomniał nic o czynności nerek po operacji. W przypadku zapalenia nerek bolesnego prof. K. uzupełnia rozpoznanie przez dodanie, że zrosty w okolicy nerki przemawiały za przynerkowem zapaleniu włóknistem. Prof. K. zgadza się, że w śródmiąższowem zapaleniu nerek operacja może wpłynąć na krwioobieg w nerce. Prof. Gluziński przypomina, że Israel przedstawił podobne przypadki jako skazę krwotoczną nerek. Badania drobnowidowe wykryły sprawę zapalną śródmiąższową nerek. Stałe bóle u chorego świadczą o tem, że chory ten przechodził sprawę zapalną pozanerkową.

Co się tyczy ostatniego przedstawionego przez Kiełkiewicza przypadku, prof. Kryński na podstawie już dawniej opracowanego materjału, tyczącego się nowotworów podobnych do przedstawionego, rozpoznaje rozlanego naczyniaka chłonnego worka mosznowego.

3) A. Landau przedstawił 2 chorych: jednego z **niedomykalnością zastawek półksiężycowych tętnicy głównej pochodzenia kiłowego**. Drugi przypadek dotyczył chorego, u którego wykryto znaczny wzrost tkanki łącznej na tle przymiotu. Prof. Gluziński podkreśla, że przedstawione przypadki są potwierdzeniem przypadków omówionych w kwietniu r. b.

4) Gawiński z kliniki prof. Gluzińskiego, przedstawił chorą z wybitnemi objawami **nowotworu części wpustowej żołądka**. Na podstawie szczegółowego badania G. rozpoznał zmiany kiłowe w żołądku i po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego osiągnął znaczną poprawę, którą można stwierdzić na obrazach roentgenowskich.

Landau A. uważa, że różniczkowanie pomiędzy nowotworem i kiłą żołądka w braku kwasu solnego i pepsyny jest utrudnione wobec niedostatecznych danych anatomo-patologicznych.

W odpowiedzi Gawiński daje wyjaśnienia, że u chorych z kiłą żołądka sekcyjnie stwierdzano stosunki normalne co do kwasu solnego i pepsyny. Rozpoznać kiłę żołądka można jedynie na podstawie całego zespołu objawów kiły ze strony innych narządów.

5) Landau A. wygłosił rzecz p. t. »**Parę uwag o przebiegu duru powrotnego, leczonego w zimie 1921—1922 roku za pomocą neosalvarsanu i soli bizmutowych.** (Ukaże się w druku w P. G. L.).

Witosław Dąbrowski uważa, że spostrzeżenia przedstawione przez mówcę mają dużą doniosłość i mogą wywrzeć wpływ na postępowanie w leczeniu podczas zbliżającej się zimy. Do niedawna mieliśmy spostrzeżenia Edwarda Zielińskiego lub też rosyjskich autorów. Podane przez tych autorów wyniki były bardzo dodatnie. Osobiste spostrzeżenia Dąbrowskiego są zgodne z podanemi przez mówcę. Nie zawsze otrzymuje się efekt bakterjobójczy po zastrzyknięciu neosalvarsanu, niekiedy następował II i III atak gorączki W neosalvarsanie posiadamy środek, który daje dobre wyniki, ale musi być stosowany z pewną ogłędnością. Jako przeciwwskazanie należy uważać niezadowalniający układ naczynioruchowy. Propaganda za stosowaniem soli bismutowych bardzo się rozpowszechnia, wobec tego przestroga, jaką dał mówca, jest wielkiej wagi. Podczas ostatniej epidemji spostrzegano mieszane zakażenia, np. przypadek duru powrotnego z durem osutkowym. W jednym przypadku stwierdzono dur powrotny i dur osutkowy, przewlekły przebieg cierpienia nasunął podejrzenie duru brzusznego, co też potwierdziła próba zlepna. Ostatnia epidemja wikłała się zaburzeniami żołądkowemi.

Osiński uważa dur powrotny za chorobę lekką, dającą 3% śmiertelności, ale trwającą długo. Skrócenie czasu trwania choroby jest ważne, szczególniej podczas epidemji, gdyż w ten sposób uwalniamy znaczną liczbę łóżek. Stosowanie zbyt dużej dawki neosalvarsanu może dać powikłania. Zajęcie nerek, zmiany w naczyniach lub w mięśniu sercowym są przeciwwskazaniami. Osiński przypomina, że Karwacki stosował hydrargol i otrzymywał wyniki zachęcające.

Kuligowski w 3 przypadkach krwotocznego zapalenia nerek po zastrzyknięciu neosalvarsanu widział zejście śmiertelne w 3 godziny po zastrzyknięciu.

Prof. Gluziński podczas najazdu bolszewików widywał mieszane zakażenia. Zawsze w podobnych przypadkach jedno zakażenie hamowało drugie, tak n. p. dur powrotny powstrzymywał wystąpienie duru brzusznego, lub też przebiegał dur brzuszny, a później rozpoczynał się dur powrotny. W innych przypadkach kończył się dur powrotny, a występowała zimnica.

K. Zieliński przestrzega przed stosowaniem neosalvarsanu u małych dzieci, ponieważ nie było ani jednego wypadku śmierci. Dur powrotny u dzieci przebiega bardzo lekko. W odpowiedzi Landau zwraca uwagę, że w 6 przypadkach nie zastrzykiwał neosalvarsanu, gdyż nie znalazł krętków, w 6 zaś ze względu na stan układu naczynioruchowego. Zapalenie nerek krwotoczne jest przeciwwskazaniem, lekki białkomocz nie stanowi przeszkody w leczeniu neosalvarsanem.

Posiedzenie kliniczne w dniu 31 października 1922 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

1. Z. Grudziński przedstawił rentgenogram **samoistnego złamania kości stopy** na tle wiądu rdzenia, jako jeden z najwcześniejszych objawów tego cierpienia.

W dyskusji Landau A. zwraca uwagę, że odwapnienie kości ze złamaniami są charakterystyczne dla wiądu rdzenia, ale można je spotkać i u chorych z kiłą narządów wewnętrznych, u których niema wiądu rdzenia.

Prof. Gluziński jest tego zdania, że w przypadku, przedstawionym przez mówcę, nie zwrócono uwagi na te cechy, które kierują rozpoznaniem i dlatego nie rozpoznano wiądu rdzenia przed zdjęciem rentgenowskiem. Szczegółowsze badanie jednak stwierdziło wiąd rdzenia.

2. Landsberg wygłosił rzecz p. t. »**Badania nad** *crise hémoclasique*«.

Zespół Widala, t. zw. »*crise hemoclasique*«, polegający na 1) leukopenji i stosunkowej limfocytozie, 2) spadku ciśnienia krwi, 3) spadku wskaźnika refraktometrycznego i 4) wzmożeniu krzepliwości krwi, świadczy, zdaniem Widala, o zaburzeniu równowagi koloidów ustroju, spowodowanej przez obecność obcego białka w sokach ustroju. Takie zaburzenie koloidów, »koloidoklazja«, jest przyczyną wstrząsów, zaliczanych do rzędu anafilaktycznych, czego wyrazem jest właśnie owa »crise«. W cierpieniach wątroby, kiedy to ustrój jest pozbawiony »proteopeptycznej« czynności tego narządu, białko pokarmowe przedostaje się do tkanek w postaci niezasymilowanej i, jako białko obce, powoduje wstrząs hemoklastyczny. Dlatego też występowanie leukopenji po spożyciu 300 cm³ mleka może być uważane za przejaw niedomogi wątroby.

Wartość praktyczną próby Widala zmniejszają fakty następujące: nie występuje ona w nieznacznych zboczeniach czynności wątroby, jak również i w bardzo rozległych jej schorzeniach; zjawisko natomiast często przy zupełnie normalnej wątrobie. Co się zaś tyczy teorji wstrząsu hemoklastycznego, według Widala, mamy tu do czynienia z wpływem obcego białka na koloidy ustroju, z odczynem, którego największe natężenie spostrzegamy we wstrząsie anafilaktycznym. Badaniа rozmaitych autorów oraz własne spostrzeżenia wykazują, że wstrząs hemoklastyczny można wywołać i przez podanie pokarmów niebiałkowych przez usta, jak wody i cukru, a więc odpada wyłącznie białkowe pochodzenie »crise«. Co się tyczy zmian koloidów w przebiegu »crise«, to w zespole Widala nie znajdujemy na to żadnych dowodów. Badania własne nad zmianami w opadaniu krwinek we własnem osoczu oraz nad zawartością azotu aminowego we krwi w przebiegu »crise« wykazują, iż zachodzą tu pewne zmiany w kierunku przyśpieszenia opadania oraz zmniejszenia ilości azotu aminowego. Na podstawie własnych badań mówca dowodzi, że zjawiska powyższe świadczą o zmniejszeniu stopnia rozproszenia — dyspersji koloidów (białka osocza) w przebiegu »crise«. Pewne więc zakłócenie równowagi koloidów zachodzi tutaj, lecz, jak wykazują badania własne i obce, nie są one równoznaczne ze zmianami kolloidowemi w przebiegu wstrząsu anafilaktycznego, gdyż w tym przypadku mamy do czynienia z pewnem wzmożeniem dyspersji. Z tego więc punktu widzenia anafilaksja i hemoklazja nie są sprawami równorzędnemi. Zmiany koloidowe w osoczu krwi, owa »*colloidoclasie*« Widala nie są przyczyną wstrząsu, ani anafilaktycznego ani hemoklastycznego pokarmowego, w cierpieniach wątroby. Wszystkie znamiona Widalowskiej hemoklazji powstają wskutek wzmożonej pracy wątroby tak samo zresztą, jak zmieniona czynność wątroby i innych narządów wewnętrznych powoduje niektóre objawy wstrząsu anafilaktycznego klasycznego. Tak, jak wątroba, uczulona, sensybilizowana przez pierwotny zastrzyk białka, reaguje już na minimalną jego dawkę, wątroba, osłabiona przez jakiekolwiek schorzenie, organiczne czy czynnościowe, nawet na takie »urazy«, jak spożycie mleka, czy innych niebiałkowych pokarmów reaguje przez zaburzenie w swem unaczynieniu. Czy za pośrednictwem układu współczulnego, czy też przez działanie wprost na śródbłonek naczyń włoskowatych, odprowadzających krew żylną wątroby, występuje ich skurcz. Sprowadza to dzięki przekrwieniu wzmożoną czynność tego aparatu wątroby, który zarządza prawidłowym chemizmem białka krwi. Prawidłowy stosunek wzajemny poszczególnych frakcji białka osocza ulega zakłóceniu, i zwiększenie lub zmniejszenie globulin, englobulin, czy albumin jest przyczyną zmian w budowie koloidów osocza. Dlatego też »koloidoklazja«, aczkolwiek po raz pierwszy przez mówcę udowodniona, nie jest przyczyną lecz skutkiem wzmożonej pracy wątroby, spowodowanej niekoniecznie przez białko, lecz przez jakiekolwiek inne urazy. W przypadkach schorzenia wątroby wystarczają urazy, pozostające w zwykłych warunkach bez efektu. I dlatego »crise pokarmowa« może być rzeczywiście dobrym odczynem na pobudliwość t. j. na »zdrowie« wątroby. Wszelkie zaś pojęcia o »koloidoklazji« powinny być zarzucone jako nieodpowiadające istocie rzeczy i mylnie wysuwające na pierwszy plan sprawy wtórne, niecharakterystyczne. Termin hemoklazji jest nieodpowiedni: i tutaj bowiem mieszamy przyczynę ze skutkiem.

Przyczyną bowiem pierwotną tych spraw jest, jakto pierwszy wykazał Popielski, wzmożona praca narządów wewnętrznych.

W dyskusji prof. Rzętkowski, analizując przemówienie mówcy łącznie z danemi z piśmiennictwa, wypowiada pogląd, że zarysowuje się początek nowego okresu w medycynie. Już w czasach Hippokratesa upatrywano przyczynę chorób w zmianach soków ustroju, zmian tych nie różniczkowano. Długi czas trwał ten pogląd humoralny w medycynie. Rozwój anatomji patologicznej skierował umysły lekarskie w inną stronę, zaczęto wiązać przyczynę choroby ze zmianami w komórce, w tkankach. Później znowu zaczęto badać chemicznie soki tkanek ustroju. W dalszym rozwoju badań chemicznych powstała zmiana, która świadczy o pewnym kierunku nie czysto chemicznym, lecz zdążającym do ujmowania stanów chorobowych jako zaburzeń równowagi jonowej — zatrucie kwaśne. Jeżeli chodzi o równowagę koloidalną, to rozważamy stan tych zaburzeń nietylko we krwi, lecz wogóle w sokach tkanek. Nasuwa się pytanie, czy jesteśmy w stanie klinicznie określić zaburzenia równowagi koloidowej. Praca mówcy, zdaniem prof. Rz., stawia pierwszy krok w kierunku klinicznego określania tych zmian i to dość szczęśliwie, a mianowicie przez badanie opadania krążków krwi i przez określanie azotu aminowego. Obie metody wykazały, że przy *crise hémoclasique* zachodzi zaburzenie równowagi koloidowej wskutek osłabionej działalności wątroby. Chodzi o to, aby do patologji weszły i przyjęły się stany, które nie są jeszcze chorobowemi, a które dają *crise hémoclasique* przy niedomodze wątroby. Jak nerka utrzymuje równowagę jonową, tak wątroba utrzymuje równowagę koloidową.

Prof. Gluziński uważa za słuszne podjęcie prac nad omawianym tematem w obu klinikach, gdyż pierwsi Polacy, Popielski i Biernacki, zapoczątkowali te badania. Prof. Gluzińskiemu wydaje się wątpliwem, aby badania te zdobyły sobie zastosowanie praktyczne, gdyż podobne objawy można wywołać różnemi środkami, nietylko białkowemi. Badania Filińskiego wydają się być na dobrej drodze do wyjaśnienia, pod jakim wpływem odbywają się omawiane zmiany. Łyskawiński zapytuje, czy mówca przeprowadzał swoje badania w płonicy, gdzie niedomoga wątroby jest faktem stwierdzonym. Próba przedstawiona przez mówcę mogłaby mieć praktyczne zastosowanie.

3. Landau A. wygłosił rzecz p. t. »**O leczeniu mieszanem zimnicy**«.

W dyskusji Korzon przytacza przypadek zimnicy wywołanej przez pasorzyty półksiężycowe u włościanina z pod Modlina i drugi przypadek z zimnicą tegoż rodzaju, gdzie zakażenie miało miejsce w Chylicach pod Warszawą w 1915 r.

Korzon uważa, że neosalwarsan prowokuje pasorzyty i dlatego należy podawać chininę jednocześnie, aby je wytępić. Podług Korzona specjalnego systemu nie można stosować w leczeniu zimnicy, a należy przypadki różniczkować i odpowiednio przeprowadzić leczenie. Nie posiadamy sprawdzianu, kiedy należy uważać chorego za wyleczonego z zimnicy; badania krwi nie dają wyników. Zieliński Kazimierz od 8 lat z bardzo dobrym wynikiem podaje chorym na zimnicę trzykrotnie w ciągu dnia błękit metylowy w połączeniu z solami chininy oraz z *pulv. Myristicae* (aa 0,10—0.15 dla dorosłych). Ten ostatni środek podaje zapobiegawczo przeciw objawom pęcherzowym, co często daje się zauważyć po podawaniu błękitu metylowego. Napady zimnicy szybko giną i ustępują zupełnie po 6—8 tyg. leczenia. Proszki te mają tę zaletę, że są względnie tańsze i że bezkarnie można je podawać w przypadkach ciąży i tam gdzie istnieje idjosynkrazja do chininy.

W odpowiedzi Landau zaznacza, że metodą, stosowaną przez niego dochodził do doszczętnego wyleczenia zimnicy i nawrotów nie widywał. W utajonych postaciach zimnicy neosalwarsan wywołuje ataki, na istniejącą trzeciaczkę działa w sposób leczniczy. Leczenie do pewnego stopnia należy ująć w pewien system. Spostrzeżenia K. Zielińskiego są bardzo cenne, gdyż pozwalają stosować małe dawki.

Sekretarz doroczny *W. Kowalski.*

Ogólny polski Zjazd zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich.

Zjazd odbędzie się w dniach 8 i 9 grudnia 1922 we Lwowie, w salach Izby handlowej i przemysłowej (ulica Akademicka l. 15). Otwarcie Zjazdu w dniu 8 grudnia o godz. 10 rano.

Program Zjazdu: **na dzień 8 grudnia.**

I. Zagajenie

II. Wybór prezydjum Zjazdu

III. Referaty:

1) Stan Zdrojowisk po sezonie 1922. a) w Małopolsce i na Śląsku — prelegent Dr. Sabatowski, b) w b. Kongresówce — prelegent Dr. Dydyński c) w b. Zaborze pruskim.

2) Ruch turystyczny w Polsce i wydawnictwo Przewodnika po Uzdrowiskach — prelegent Dr. Orłowicz

3) Wydawnictwo własnego organu — prelegent Prof. Dr. Nowicki

4) Sprawa połączeń kolejowych do Zdrojowisk — prelegent Dr. Varhely

5) O potrzebie sanatorjum w Uzdrowiskach — prelegenci Dr. Jasieński i Dr. Aleksiewicz

6) Wnioski

Na dzień 9 grudnia. Referaty:

1) Ustawa Zdrojowa — prelegenci Prof. Inż. Nadolski i Dr. Westreich

2) Eksplotacja źródel mineralnych w Polsce prelegent Dr. Dydyński

IV. Wnioski

V. Sprawozdania poszczególnych komisyj

Zamknięcie zjazdu.

W uwzględnieniu ważności spraw, będących przedmiotem obrad Zjazdu, prosimy o łaskawe przybycie wraz, osobami interesującemi się sprawą polskich Zdrojów.

Do dni 8-miu prosimy zgłosić nazwiska przybyć mających uczestników Zjazdu. Na życzenie Komitet Zjazdu zajmie się przygotowaniem umieszczeń. W przededniu Zjazdu tj. 7 grudnia o godz. 20-tej zebranie w salach restauracyjnych hotelu krakowskiego.

Wysłanie delegatów przyrzekły Ministerstwa: Zdrowia publ., Koleji, Robót publ. oraz województwa: lwowskie, stanisławowskie, wołyńskie, poleskie, poznańskie i inne. Za Komitet: *Dr. Zakrzewski*, przewodniczący. *Stupnicki*, sekretarz.

Sprawy zawodowe.

Wybory do Rad Izb lekarskich.

Głównym Komisarzem Wyborczym dla pierwszych wyborów do Rad Izb lekarskich w Rzeczypospolitej Polskiej mianował Minister Zdrowia Publicznego Dr. Zdzisława Lachowicza, a tegoż zastępcą Dr. Tadeusza Hilarowicza.

Rządowymi Komisarzami Wyborczymi dla poszczególnych Izb. mianowano: 1) Dla Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej Dr. Klemensa Łazarowicza, a jego zastępcami Dr. Stanisława Muszyńskiego z Warszawy i Dr. Konstantego Alchimowicza z Białegostoku, 2) Dla Izby Lekarskiej poznańsko-pomorskiej Dr. Stefana Hübnera, a tegoż zastępcami Dr. Trzaskę z Torunia i Dr. Rydlewskiego z Poznania, 3) Dla Izby Lekarskiej Łódzkiej Dr. Stanisława Skalskiego, 4) Dla Izby lekarskiej Krakowskiej (Województwo Krakowskie i Kieleckie) Dr. Walerego Momidłowskiego, a tegoż zastępcami Dr. Józefa Batkę z Krakowa i Dr. Wróblewskiego z Kielc, 5) Dla Izby Lekarskiej lwowskiej Dr. Szczepana Mikołajskiego, a tegoż zastępcami Dr. Adolfa Kuhna i Dr. Romana Małaczyńskiego, 6) Dla Izby Lekarskiej Lubelskiej (Województwa Lubelskie, Wołyńskie i Poleskie) Dr. Andrzeja Krysińskiego, a tegoż zastępcami Dr. Zubra z Łucka i Dr. Kujawskiego z Lublina.

Wybory odbędą się co do Izb pod 2—6 wymienionych dnia 10 grudnia r. 1922 (względnie wybory powtórne dnia 14 stycznia r. 1923), zaś do Rady Izby Warszawsko-białostockiej dnia 18 lutego 1923 r. (względnie wybory powtórne dnia 18 marca 1923 r.).

Lista kandydatów do Rady Izby lekarskiej łódzkiej.

Lista ułożona przez komisję, wyłonioną przez Obwód łódzki Związku lekarzy Państwa Polskiego:

1.	Dr. Ajzner Juljusz	Łódz
2.	Drescher Alfred	Kalisz
3.	Goldberg Henryk	Łódz
4.	Goldman Antoni	Łódz
5.	Frenkiel Bronisław	Łódz
6.	» Jasiński Ksawery	Łódz
7.	Koszutski Bronisław	Kalisz
8.	Majewski Aleksander	Łódz
9.	Margolis Aleksander	Łódz
10.	Marzyński Józef	Łódz
11.	Michalski Józef	Łódz
12.	Mikulski Antoni	Łódz
13.	Mittelstaedt Edward	Łódz
14.	Nowierski Ludomir	Piotrków
15.	Prechner Zdzisław	Łódz
16.	Rechniowski Stefan	Piotrków
17.	Rosiewicz Józef	Łódz
18.	Schweig Józef	Łódz
19.	» Skibiński Tadeusz lek. puł.	Łódz
20.	Skusiewicz Feliks	Łódz
21.	Sterling Seweryn	Łódz
22.	Tochterman Adolf	Łódz
23.	Tomaszewski Antoni	Łódz

Już po wyznaczonym przez komitet przedwyborczy terminie i po wydrukowaniu listy nadeszło zawiadomienie z Koła lekarzy, że z okręgu samborskiego zebranie tamtejszych lekarzy proponuje jako członka Rady Izby Dr. Stefana Dobrzańskiego ze Sambora, zaś z okręgu Krosno—Brzozów—Strzyżów Dr. Zygmunta Lewickiego z Krosna. Dr. *Papée.*

Sprawa pomocy lekarskiej dla urzędników.

Zasada ubezpieczenia społecznego, wprowadzona pod hasłem »dla ekonomicznie słabszych«, znajduje obecnie coraz szersze zastosowanie. Kasy chorych, po wejściu w życie nowej ustawy objęły szeregi pracowników, między nimi wielu takich, których stanowisko społeczne i stosunki zarobkowe odbiegają daleko od zasady pierwotnej. W projekcie jest obecnie ubezpieczenie społeczne urzędników i ludności rolniczej. Ostatnie rozszerzenie ustawowe zaliczyło do Kas chorych 60% ludności; jeżeli nowe projekty się urzeczywistnią, i niewątpliwie stosunek ten powiększy się o jakie 20—25%; nieznaczna reszta pozostanie dla t. zw. wolnej praktyki lekarskiej. W ścisłej łączności z tą organizacją pozostaje i stanowisko społeczne lekarzy; ponieważ Kasy chorych spełniają swe agendy przez stale ustanowionych, ryczałtowych lekarzy, grozi stanowi naszemu przemiana w stan urzędniczy.

Projekty sumarycznego udzielania porady lekarskiej wymagają należytego rozpatrzenia, i to nie z samolubnego stanowiska »wolnej praktyki«, ale przedewszystkiem ze względu na interes i dobro chorego, powtóre z uwagi na samą naszą naukę.

Pierwsza zasada i podstawa w leczeniu chorego polega na tem, że wzajemny stosunek chorego i lekarza powinien być oparty na zaufaniu; chory musi mieć prawo wolnego wyboru lekarza, do którego ma zaufanie. Odwrócenie tej zasady pociąga za sobą to, że między obie strony wkrada się zaraz z początku niezadowolenie i sprawia, że chory odnosi się z nieufnością do lekarza, podejrzewając go o szablonowe traktowanie i skłonność po pilnowania interesów Kasy. Ten brak zaufania działa zniechęcająco na lekarza; stanowisko lekarza, który odczuwa zaufanie chorego, jest moralnie silniejsze a lecznicze skuteczniejsze; ogół lekarzy przyzna, że pomoc lekarska, oparta na zaufaniu, udzielona choćby bezpłatnie, da więcej zadowolenia, aniżeli udzielona pod przymusem choremu, który go wita niechętnem okiem. To są prawdy z życia wyjęte.

Przemiana stanowiska lekarskiego w ryczałtowo płatnego urzędnika grozi upadkiem stanowi lekarskiemu i nauce. Choroba nie jest referatem do załatwienia; choroba to jest nieszczęście a chory istotą, która żąda nie tylko pomocy nauki, ale pewnego współczucia i współudziału; zawód lekarski, niewątpliwie ciężki i twardy, wymaga też od nas mimo wszystko, czego się nam odmawia, poświęcenia i pewnych idei w jego traktowaniu, a tych żaden z nas, mimo przykrych doświadczeń, się nie pozbywa. Lekarz, który staje się wobec chorego urzędnikiem, zrywa tem samem z postępem nauki; rozwój jej wymaga bowiem ciągłej emulacji, wytężenia sił i myśli, by śledzić zdobycze nauki i w praktyce je stosować, podnietą zaś do tego nie będzie nigdy zschematyzowanie zawodu.

Sprawa bezpłatnej pomocy lekarskiej dla urzędników, jest dziś sprawą aktualną. Przyznajemy, że obecne położenie tej sfery społecznej wskutek zmiany stosunków jest takie, że przesuwa pojęcie ekonomicznie słabszego w ich stronę. Jeżel

jednak państwo nie ma środków, aby swych pracowników należycie wynagrodzić i chce ich obdarzyć ubezpieczeniem, powinno się to stać z istotną korzyścią dla interesowanych, a bez szkody dla zawodu i nauki.

Wszystkie czynniki lekarskie przyznają zgodnie, że organizacja pomocy lekarskiej powinna się oprzeć na zasadzie wolnego wyboru lekarza. Przeprowadzenia tej zasady w praktyce należałoby w ten sposób dokonać, że rząd wzywa w danej miejscowości ogół lekarzy do zgłoszenia udzielania porady. Choremu przysługuje prawo wyboru z pośród zgłoszonych. Ta sama zasada ma być zastosowaną do wszelkich kategoryj chorób, a zatem także i specjalistów.

Co do wysokości wynagrodzenia, polegać ono musi na systemie zniżkowym, ustalonym przez odnośne Izby lekarskie w porozumieniu z władzami administracyjnemi. W praktyce przeważna ilość lekarzy dzisiaj dobrowolnie stosuje ten system zniżkowy w odniesieniu do urzędników państwowych.

Przeciw stosowaniu wolnego wyboru i przeciw wynagradzaniu od wypadku podnosi się dwa zarzuty główne: jeden, że mnożyć on może ilość wizyt i w ten sposób obarczać finansowo instytucję, w danym razie skarb państwa; drugi, to większa skłonność lekarza do przyznawania świadczeń (uwolnienia od służby, urlopy itp.).

Oba zarzuty osłabia fakt, że państwo ma w lekarzach urzędowych już gotowy aparat kontrolny i nadzorujący czynność lekarzy prywatnych, który w jednym i drugim kierunku spełni swój obowiązek.

Takie jest stanowisko zrzeszeń lekarskich w sprawie zorganizowania pomocy lekarskiej dla urzędników. Niewątpliwie sprawą tą powinny się zająć Izby lekarskie w całem państwie, które niezadługo rozpoczną swe czynności, w imię słusznej obrony interesów nietylko stanu, ale i nauki samej. Sądzimy, że da się ono zgodnie, ku zadowoleniu obu stron, przeprowadzić. *Papée.*

Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

Pomoc lekarska dla funkcjonarjuszy państwowych.

Rozporządzeniem tymczasowem Rady Ministrów z 30. stycznia 1922 r. (Monitor Polski Nr. 69 z 24. marca 1922) unormowano pomoc lekarską dla funkcjonarjuszy państwowych na koszt skarbu Państwa.

Rozporządzenie jest tymczasowe, albowiem w myśl uchwały Sejmu sprawa ta ma być ostatecznie uregulowana w drodze ustawodawczej, a Ministerstwo Zdrowia opracowuje już projekt takiej ustawy w porozumieniu z organizacjami urzędników. Spodziewać się należy, że przed wniesieniem projektu do Sejmu Ministerstwo zasięgnie opinji także Wojewódzkich Urzędów Zdrowia i Izb lekarskich.

Rozporządzenie Rady Ministrów z 30. stycznia 1922 uległo pewnym zmianom wskutek rozporządzenia Rady Ministrów z 23. października 1922 (Monitor Polski Nr. 253 z 7. listopada 1922). Wydano nadto liczne rozporządzenia wykonawcze i wyjaśnienia w tym przedmiocie. Najważniejsze z nich uwzględnię, przedstawiając poniżej obecny stan sprawy.

Pomoc lekarska na koszt Skarbu Państwa przysługuje:

a) wszystkim czynnym funkcjonarjuszom państwowym, powołanym do służby przez nominację;

b) tym członkom ich rodzin, których się uwzględnia przy obliczaniu płacy funkcjonarjusza, zatem: żonie i dzieciom funkcjonarjusza, a w pewnych wypadkach także mężowi funkcjonarjuszki państwowej.

Ministerstwo wyjaśniło, że za funkcjonarjuszy państwowych należy uważać również nauczycieli i nauczycielki szkół powszechnych.

Członkowie rodzin mogą korzystać z pomocy lekarskiej najdłużej przez 3 miesiące z powodu tego samego zachorowania i to jedynie, o ile pozostają na utrzymaniu funkcjonarjusza, nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek choroby ani też nie mają skądinąd zapewnionej pomocy lekarskiej.

Pomoc lekarska obejmuje:

1) poradę lekarską, wliczając w to najniezbędniejsze zabiegi chirurgiczne, zabiegi w zakresie chorób oka, gardła, nosa, ucha i inne, zabiegi ginekologiczne, chirurgiczno-akuszeryjne, dentystyczne (leczenie próchnienia, zapalenia okostnej, przetok i plombowania najtańszym materjałem, usuwanie zębów) oraz pomoc położniczą;

2) dostarczanie niezbędnych lekarstw oraz środków opatrunkowych;

3) bezpłatne leczenie w szpitalach według klasy II. dla urzędników państwowych i ich rodzin, a według klasy III. dla niższych funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin;

4) zapomogi na leczenie w zdrojowiskach i uzdrowiskach w wypadkach choroby, wymagającej bezwzględnie leczenia w zdrojowisku lub uzdrowisku.

Umieszczenie chorego w szpitalu następuje na zlecenie lekarza umówionego:

1) w wypadku choroby zakaźnej,

2) w razie potrzeby zabiegu lekarskiego, którego wykonanie w domu chorego powoduje wyższe koszty, aniżeli utrzymanie i leczenie w szpitalu,

3) o ile chory w domu nie posiada odpowiedniej opieki,

4) w okresie porodu.

O ile chory nie zgadza się na umieszczenie w szpitalu, koszty leczenia będą mu zwrócone w wysokości taksy szpitalnej, ustanowionej dla przysługującej mu klasy, a w wypadkach porodu otrzymuje w takim razie rodząca zwrot kosztów szpitalnych za dni 10.

W tym samym rozmiarze będą udzielane zapomogi na koszty leczenia, względnie pobytu w zdrojowiskach i uzdrowiskach.

Funkcjonarjusz państwowy otrzymuje też zwrot kosztów przejazdu lekarza do obłożnie chorego lub przewiezienia chorego do lekarza, względnie do szpitala.

Pomocy lekarskiej udzielają lekarze urzędowi i lekarze umówieni.

W wypadkach nagłych, o ile przybycie lekarza umówionego jest niemożliwe, funkcjonarjusz państwowy może wezwać lekarza prywatnego, a koszt w tym wypadku zwraca Skarb Państwa według miejscowej taryfy lekarskiej po sprawdzeniu rachunku przez lekarza urzędowego.

Honorarja lekarskie dla lekarzy umówionych według ostatniej normy z 11. października 1922 wynoszą:

za poradę u lekarza	do 1.000 Mp.
» » » chorego	» 2.000 »
za wyjazdy, o ile lekarz nie jest zakontraktowany według pewnego stopnia służbowego, za każde ukończone pół godziny	2.000 Mp.
Akuszerki za pomoc przy porodzie i opiekę w ciągu 10 dni otrzymują	10.500 Mp.
w wyjątkowych wypadkach	do 15.000 Mp.
Dentyści niezakontraktowani stale pobierają:	
za usunięcie zęba	1.000—2.000 Mp.
za plombowanie najtańszym materjałem	do 4.000 Mp.

Nadzór bezpośredni nad wykonywaniem pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych należy do lekarza powiatowego, który też załatwia spory między chorymi a lekarzami lub między samymi lekarzami.

Od zarządzeń lekarza powiatowego przysługuje odwołanie do Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia.

Wojewódzkie Urzędy Zdrowia organizują pomoc lekarską dla funkcjonarjuszy państwowych, sprawdzają i regulują wszelkie rachunki z tytułu tej pomocy, rozważają statystykę chorobowości urzędników i wydają stosowne zarządzenia na podstawie poczynionych spostrzeżeń. *M.*

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Dyrektorem Polikliniki w miejsce ś. p. K. Trzcienieckiego został wybrany dr. Leopold Schellenberg. Nowemu dyrektorowi, stojącemu na czele tak humanitarnej, obecnie w ciężkich warunkach znajdującej się instytucji, składamy szczere życzenia owocnej pracy w staraniach o jej rozwój i poparcie, na które w pełności zasługuje.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. XXXIV. posiedzenie odbędzie się w piątek dnia 15 grudnia o godz. 6-tej wieczorem w auli Collegium maximum (gmach posejmowy). Posiedzenie to odbędzie się wspólnie z Tow. przyrodników im. Kopernika, a poświęcone zostanie uczczeniu zasług Pasteura. *Franke* prezes, *Kmietowicz* sekr.

Walne Zgromadzenie członków Polskiego Związku zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich, odbędzie się w dniu 9 grudnia 1922 w sali Izby handlowej i przemysłowej we Lwowie o godz. 17-ej.

Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie Wydziału 2) Wybór nowego Wydziału 3) Wnioski.

Uwaga: Uczestnikiem Walnego zgromadzenia może być tylko członek Związku. W razie braku przepisanego statutem kompletu, Walne Zgromadzenie odbędzie się w tym samym dniu o godz. 18-ej bez względu na ilość członków. Za Wydział Związku: przewod w z. *Dr. Zakrzewski*, sekretarz *Stupnicki.*

Zmarli.

Dr. Bolesław Sarjusz Jaworski, lekarz sądowy i szkolny oraz obywatel honorowy miasta Zaleszczyk, zmarł tamże w 67 roku życia.

Redakcja otrzymała: W. Grzywo-Dąbrowski: Klasyfikacja uszkodzeń ciała. Odb. z Lekarza wojsk. N. 10. 1922. — A. Mikulski: XIX. Sprawozdanie lekarskie Szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych »Kochanówka« pod Łodzią, za rok 1921. — Zjazd naukowy pracowników Państw. Zakładu epidem. i Państw. Zakładu badania surowic w Warszawie dn. 17. VI. 1922. Odb. z Przegl. epidem. T. II. Z. 2. 1922. — V. Bock: Die Friedmann Methode (z przedmową Prof. F. Jessena). Nakład S. Hinzla w Lipsku 1922.